



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

94



¿PSIQUIATRÍA BASADA EN EVIDENCIA?

Conti / Gupta / Healy / Kopitowski / Levin / Matusevich / Pieczanski / Wikinski

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

Volumen XXI - N° 94 Noviembre - Diciembre 2010 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich 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, E. Toro Martínez, 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. Barembliit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, 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, 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 Erausquin; 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. XXI Nro. 94 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2010

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), SCIELO y
MEDLINE.*

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

Ilustración de tapa

"Paqueta"

*Artista: Viviana Brass
Técnica: nogalina y tinta
20 cm x 23 cm*

Año 2008

<http://www.vivianabrass.blogspot.com>

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• Eventos no epilépticos psicogénicos y la clínica de la epilepsia del lóbulo frontal

Ana Judit Epstein, Alfredo Ernesto Thomson pág. 405

• Posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la Psiquiatría

María Lucrecia Rovaletti pág. 413

• Primer episodio psicótico en trastorno bipolar: diferenciación clínica e impacto funcional en una muestra argentina

María Lolich, Gustavo Vázquez, Eduardo A. Leiderman pág. 418

DOSSIER

¿PSIQUIATRIA BASADA EN EVIDENCIA?

• Luces y sombras de la Medicina Basada en la Evidencia

Karin Kopitowski pág. 431

• ¿Qué es la "Evidencia" en la Psiquiatría?

Mona Gupta pág. 436

• Algunas reflexiones en torno a la corriente de Psiquiatría basada en evidencias y su impacto en la Psiquiatría contemporánea

Norberto Aldo Conti pág. 444

• Promoviendo nuevos paradigmas: Bill Fulford y la Medicina Basada en los Valores

Pedro Pieczanski, Daniel Matusevich pág. 450

• Entrevista a David Healy

Santiago Levin, Daniel Matusevich, Pedro Pieczanski, Silvia Wikinski pág. 459

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• Francis Bacon: en los orígenes del concepto moderno de evidencia

Norberto Aldo Conti pág. 462

• Novum Organum (1620) Sive indicia vera de interpretatione naturae et regno hominis

Francis Bacon pág. 465

CONFRONTACIONES

• 23º Congreso del Colegio Europeo de Psicofarmacología (23rd ECNP Congress)

Pablo M. Gabay pág. 470

• Simposio INECO 2010 2 de Noviembre, Buenos Aires

Pablo M. Gabay, Mónica D. Fernández Bruno pág. 477



EDITORIAL



n los últimos tiempos asistimos en nuestro país, y cada vez más, a un bombardeo mediático sistemático en relación al tema de la inseguridad y la violencia. Este fenómeno no es nuevo. Renace periódicamente con mayor intensidad y en este fin del año ha vuelto a las pantallas con particular frecuencia. Algunos medios de comunicación televisiva, los que más impacto por su audiencia tienen entre los mass media, transmiten de manera insistente los acontecimientos que ocurren, mostrando durante horas, mediante un método de repetición casi hipnótica, las pocas imágenes que obtienen de cada hecho, mientras en off una voz de periodista, en general poco talentosa/o, dicta machaconamente en los oídos de los televidentes suposiciones, impresiones y juicios de valor sin el menor sustento, de una banalidad absoluta, sin profesionalismo y, frecuentemente, con errores de pronunciación y sintaxis que agregan su violencia verbal sobre el español a la que pretende mostrarse en las imágenes. No se trata de minutos, son horas y horas de los canales de televisión, nacionales y regionales que se ocupan de este verdadero lavado de cerebro generando la sensación de que nos hundimos en un caos de crímenes, accidentes y desgracias sin remedio ni defensa. No cabe ninguna duda que la sociedad argentina está atravesada por situaciones de injusticia social, de conflictos debidos a la marginación y la pobreza que es urgente e impostergable revertir. También es desgraciadamente cierto que los factores del privilegio, indiferentes al sufrimiento del otro, dejan fuera de los más elementales derechos humanos, económicos y sociales a muchos de nuestros compatriotas. Es en ese suelo abonado por la desigualdad que crece la anomia, languidece la cultura del trabajo -bastardeada por los salarios magros, la servidumbre "en negro" y el atropello de los derechos laborales- y pierden fuerza los lazos de solidaridad. A ese panorama debe agregarse la presencia del patoterismo de diferentes cuños, el crimen organizado, el narcotráfico y el comercio de personas, que han hincado sus garras en nuestra trama social con las consiguientes complicidades, ineficacias para combatirlo e intereses creados para protegerlos. Ambos fenómenos, la violencia social y delictiva, y su exhibicionismo con fines comerciales o políticos en los medios de comunicación de masas concurren en un efecto similar sobre la mente de los ciudadanos: la exigencia de una elaboración constante de estímulos traumáticos. Esta sobrecarga psicológica recibida varias veces por día, sin descanso, es fuente de fatiga, ansiedad, pesimismo y desesperanza. Lejos de contribuir a una información al servicio de la toma de conciencia y la invitación a la reflexión y la acción conjunta en pos de una mejor convivencia social, el resultado suele ser el del descreimiento en la posibilidad de construirla, la desconfianza respecto del otro, de la acción política, de las instituciones republicanas y, finalmente, de nuestro país en su conjunto como formación social. Por otro lado, la orientación ideológica de muchos de los mensajes televisivos mencionados apunta explicar los fenómenos sociales violentos que se exhiben con un sesgo particular: la xenofobia, el racismo, la criminalización de la pobreza son tópicos redundantes en este adoctrinamiento dirigido a los sectores medios de la población para inducir la idea de que es necesaria la mano dura y la represión como única solución al problema, cuando, en realidad, esas estrategias solo contribuyen a gravarlo. Además de los factores éticos y políticos implicados en este tema, es necesario señalar también que estas campañas golpean en la calidad de vida de las personas y, por ende, en su salud mental, incrementando por vía de una sobrecarga traumática constante el peso, ya existente, de vivir en una sociedad en cambio ■

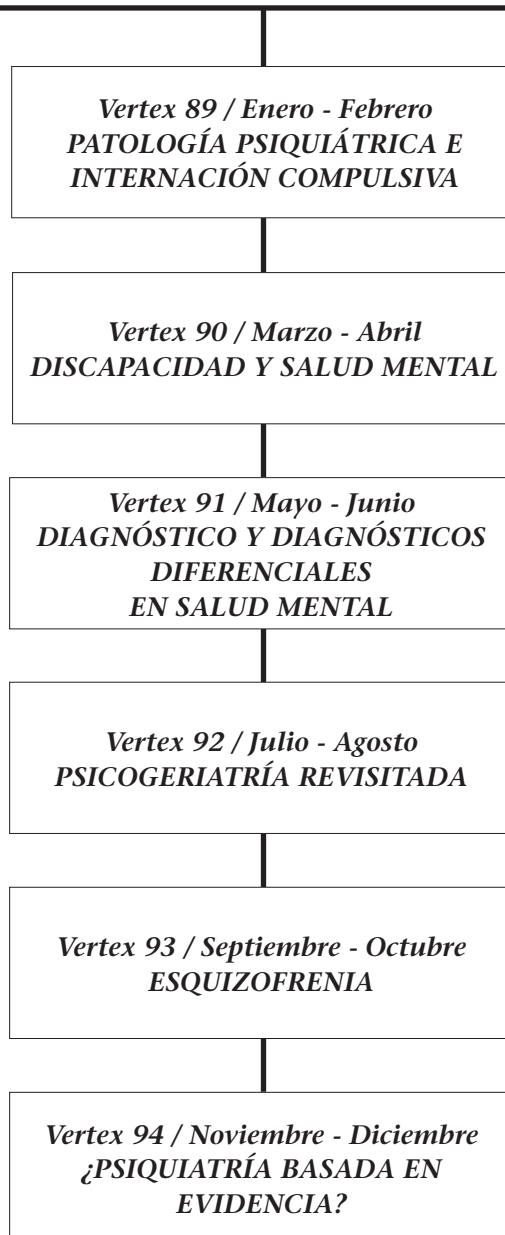
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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 2010





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Eventos no epilépticos psicogénicos y la clínica de la epilepsia del lóbulo frontal

Ana Judit Epstein

Médica Psiquiatra

Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Secretaria del Capítulo de Psicofarmacología de APSA

Docente de la Residencia de Salud Mental del Servicio de Psicopatología del Hospital Parmenio Piñero

E-mail: juditepstein@gmail.com

Alfredo Ernesto Thomson

Jefe de Epilepsia del Instituto de Neurociencias, Fundación Favaloro. Neurólogo del Hospital Británico. Docente de la UBA

E-mail: athomson@ciudad.com.ar

Resumen

La distinción entre epilepsia y crisis o eventos no epilépticos psicogénicos (ENEP) data de mediados del primer milenio A.C. Los ENEP se parecen a los eventos epilépticos (EE) en su presentación paroxística, involuntaria y autolimitada, afectando la esfera de la conducta, de la actividad motora, de la función autonómica, de la conciencia o de la sensación. Sin embargo, a diferencia de las crisis epilépticas, los eventos no epilépticos no resultan de una patología epileptogénica ni se acompañan de alteraciones epileptiformes durante el EEG (electroencefalograma) ictal. Este trabajo revisa el concepto de eventos no epilépticos, en particular psicogénicos, y su abordaje actual desde el punto de vista de la presentación clínica y terapéutica, así como de la complejidad psicopatológica que conlleva su ubicación nosológica. Los eventos no epilépticos psicogénicos llevan la marca de una antigua enfermedad, la histeria, que ha quedado cabalgando en los sistemas clasificatorios entre lo somatomorfo y lo disociativo. Con el advenimiento del video- electroencefalograma (video-EEG), se han podido precisar los límites diagnósticos, delimitándolos de las epilepsias, evitando tratamientos innecesarios así como invasivos o iatrogénicos. Asimismo describimos las crisis frontales, presentación clínica y diagnóstico, sobre todo aquellas que pudieren ser confundidas con eventos no epilépticos. Los lóbulos frontales constituyen la zona más extensa del cerebro de la cual pueden surgir crisis, las cuales pueden manifestarse en forma de automatismos o conductas complejas y/o bizarras. En cuanto a las epilepsias, hoy se sabe que un grupo de pacientes puede presentar eventos epilépticos y no epilépticos en forma conjunta.

Palabras clave: Eventos no epilépticos psicogénicos (ENEP) - Conversión - Disociación - Video-electroencefalograma (video-EEG) - Crisis frontales.

PSYCHOGENIC NON EPILEPTIC EVENTS AND FRONTAL LOBE SEIZURES

Summary

The distinction between epilepsy and psychogenic non epileptic events or seizures (PNES) has been made since the middle of the first millennium (B.C.) Psychogenic non epileptic seizures (PNES) resemble epileptic seizures presenting as paroxysmal, involuntary, time-limited alterations in behaviour, motor activity, autonomic function, consciousness, or sensation. However, unlike epilepsy, NES do not result from epileptogenic pathology and are not accompanied by an epileptiform pattern during an ictal electroencephalogram (EEG). This article reviews the concept of psychogenic non epileptic events, its contemporary assessment including diagnostic and therapeutic issues, as well as the complexity related to various nosological topics. The PNES are a hallmark of an ancient illness, hysteria, which wanders between the somatoform and the dissociative disorders in the contemporary classification systems. With the availability of video electroencephalography (video-EEG), it has been possible to define more strictly the limits between epileptic and non epileptic disorders, avoiding unnecessary and even iatrogenic and invasive treatments. We also describe the clinical presentation and diagnosis of frontal lobe seizures, especially those that might be mistakenly diagnosed as psychogenic events. The frontal lobes are the largest cortical region from which seizures can arise; complex and/ or bizarre behavioural clinical presentations are frequent. In addition, some patients with epilepsy can also present non epileptic events.

Key words: Psychogenic non epileptic events (PNES) - Conversion - Dissociation - Video-electroencephalography (video-EEG) - Frontal lobe seizures.

EVENTOS NO EPILÉPTICOS

Introducción

Las epilepsias no constituyen una enfermedad única sino una variedad de trastornos que reflejan una disfunción cerebral, que tienen en común una predisposición para generar crisis y que pueden ser el resultado de diferentes causas. En epilepsia, la crisis es una manifestación de un proceso subyacente, alteración de redes neuronales de una región del cerebro, que está presente antes y después de que la crisis se exprese clínicamente

Este proceso continúa en el tiempo, presentando otros efectos, más sutiles que las crisis: disfunción cognitiva, depresión, psicosis (33,34)

La distinción entre epilepsia y crisis o eventos no epilépticos (ENE) data de mediados del primer milenio A.C (36). Existen descripciones detalladas en la literatura médica de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX (7, 31).

Los ENE se parecen a los eventos epilépticos (EE) en:

1. su presentación paroxística (comienzo y terminación brusca), involuntaria y autolimitada
2. pueden afectar la esfera de la conducta, de la actividad motora, de la función autonómica, de la conciencia o de la sensación. Debemos recordar, que las crisis epilépticas, en un alto porcentaje, son crisis no convulsivas.

Sin embargo, a diferencia de las crisis epilépticas, los eventos no epilépticos (ENE) no resultan de una patología epileptogénica ni se acompañan de alteraciones epileptiformes durante el EEG (electroencefalograma) ictal (durante el evento) (2, 33).

En los últimos treinta años, con el advenimiento del video- electroencefalograma (video-EEG), se han podido precisar mejor sus límites diagnósticos, con consecuencias cruciales para su abordaje y tratamiento.

Las crisis epilépticas del lóbulo frontal son aquellas que más frecuentemente se pueden confundir con eventos no epilépticos psicogénicos constituyendo un desafío diagnóstico aún para los epileptólogos más experimentados. Aproximadamente un veinte por ciento de los pacientes evaluados en centros de epilepsia pueden presentar ENEP; algunos de ellos en forma conjunta con eventos epilépticos, lo que complica el diagnóstico.

Los ENEP pueden ser confundidos con eventos epilépticos y los pacientes resultan expuestos a drogas anti-epilépticas (DAE) en forma innecesaria. Se suma a esto el retraso en la intervención terapéutica psicológica adecuada.

El abordaje integrado de estos cuadros, su distinción clínica con sus implicancias terapéuticas nos plantea un espectro de desafíos en la práctica diaria, que requiere de un enfoque multidisciplinario que implica

mente, cerebro y conducta, la base de la moderna neurociencia clínica (33,34).

Definición y clasificación

Los ENE se dividen en (2):

1. Fisiológicos:
 - a. Eventos sincopales y anóxicos.
 - b. Parasomnias.
 - c. Trastornos del movimiento.
 - d. Migraña.
 - e. Miscelánea (crisis por intoxicación/ abstinencia por alcohol/ drogas) entre otras).
2. Psicogénicos (llamadas pseudo crisis en el pasado), o asociados a correlatos psiquiátricos/ psicológicos (ENEP):
 - a. Ensoñación diurna.
 - b. Experiencias "fuera del cuerpo".
 - c. Trastorno disociativo.
 - d. Trastorno conversivo.
 - e. Hiperventilación.
 - f. Ataques de pánico con temblor.
 - g. Munchausen.
 - h. Trastorno explosivo intermitente.
 - i. Pseudosíncope.

Los eventos no epilépticos psicogénicos (ENEP; PNES en inglés: psychogenic non epileptic seizures) son pues trastornos neuropsiquiátricos que se presentan con una combinación de signos neurológicos y conflictos psicológicos subyacentes, sin patología epileptogénica asociada. Nos referiremos a ellos en el presente artículo.

Epidemiología

Considerando su detección solamente en centros especializados de referencia, lo que hace presuponer un subdiagnóstico, se estima una prevalencia de 2 a 33 por 100.000 (1,30). El retraso en el diagnóstico es aproximadamente de 7 a 16 años. Los pacientes con eventos no epilépticos psicogénicos son en su mayoría mujeres (60% - 80%) en una franja etaria entre 15 y 35 años (80%); sin embargo el cuadro se puede presentar tanto en la infancia como en la tercera edad. Los desafíos diagnósticos y terapéuticos se complican con el hecho de que aproximadamente un 20% de pacientes con eventos no epilépticos *padecen además epilepsia y la presentación puede ser conjunta* (2, 3).

Se han propuesto explicaciones tales como que las crisis epilépticas llaman la atención y pueden llenar ciertas necesidades psicológicas, además de que los pacientes epilépticos pueden tener trastornos neuropsicológicos concomitantes, trastornos de personalidad o déficit cognitivos, que pueden favorecer la aparición de eventos no epilépticos.

Los ENEP constituyen el segundo síntoma conversivo más frecuente, superado sólo por trastornos moto-

res. Presentan incidencia similar en todas las culturas y sociedades.

En la infancia, hasta los 5 años, predominan los ENE fisiológicos. A partir de los 6 años, se tornan más psicológicos, predominando el mecanismo conversivo.

Se describen como factores desencadenantes el abuso sexual (pero no en todos los casos), ansiedad, stress, desamparo, disfunción familiar y problemas en las relaciones interpersonales (2, 20).

Marco conceptual

Los eventos no epilépticos de causa psicogénica (ENEP/ en inglés PNES) son los más frecuentes dentro de los eventos no epilépticos. Se llamaron históricamente (5, 6, 21):

- crisis histéricas;
- histeroepilepsia;
- pseudocrisis;
- crisis no epilépticas;

- eventos no epilépticos: término propuesto por Gates en 1995, para dejar de usar el de pseudocrisis por su connotación peyorativa que implica para los pacientes comunicarles que tienen una "pseudoenfermedad", o fingen a propósito de los síntomas.

A partir del reconocimiento por Sydenham de la naturaleza emocional de la histeria, Briquet, en 1859, identificó los síntomas nucleares de la enfermedad reconociendo los componentes sensoriales, motores y las crisis como modalidad de presentación diferenciada. Moreau de Tours resaltó la naturaleza disociativa de las crisis conversivas acuñando el término *désagrégation* (4, 5, 6).

Charcot estableció las crisis histéricas como una entidad clínica. Acuñó el término histeroepilepsia, utilizando la sugestión y la hipnosis para provocarlas. A partir de Freud, la conversión se articula al mecanismo de formación de síntoma en la histeria (10).

Los ENEP llevan, pues, la impronta de una antigua enfermedad, la histeria (4, 11), que ha desaparecido como tal de los sistemas clasificatorios psiquiátricos actuales.

Nosográficamente, los ENEP se ubican en el DSM-IV en la sección de los trastornos somatomorfos, dentro del trastorno conversivo, tipo crisis, y en el ICD-10, dentro de los trastornos disociativos, más específicamente como crisis disociativas.

Desde Janet, se reconoce la existencia de síntomas disociativos somatomorfos.

La conversión para el DSM-IV consiste en la pérdida o alteración en la motilidad voluntaria o en el funcionamiento sensorial que sugiere una condición neurológica o médica general, pero no causada por ella. *Puede ocurrir en presencia de una enfermedad neurológica, no siendo mutuamente excluyentes.*

La disociación en el DSM-IV se refiere a la interrupción en las funciones habitualmente integradas de la con-

ciencia, memoria, identidad y percepción del entorno.

Para el ICD-10, la característica común a todos los trastornos disociativos es una pérdida parcial o completa de la integración normal entre memorias pasadas, de la conciencia de identidad y de las sensaciones inmediatas y del control de los movimientos corporales.

¿Disociativo o somatomorfo?

La conversión, la forma más común de presentación de los ENEP, nos remite al antiguo debate entre lo *disociativo* y lo *somatomorfo*, como status nosológico de la conversión (4).

Como expresamos anteriormente, el DSM-IV subsume la conversión dentro de los trastornos somatomorfos, en tanto que el ICD-10 dentro de los trastornos disociativos. De hecho el DSM enfatiza que así lo hace, en los somatomorfos, por la importancia de considerar otras condiciones neurológicas y médicas generales, con su compromiso somático, en su diagnóstico diferencial. *Ambos sistemas diagnósticos concuerdan en que la disociación es un mecanismo importante en la producción de síntomas conversivos.* El DSM da cuenta además de que ambas categorías, disociativa y conversiva, comparten características en común, como involucrar síntomas que pudieran sugerir disfunción neurológica; de hecho recomienda realizar doble diagnóstico en presencia de síntomas de ambas series en un mismo individuo. Sin embargo, el trastorno disociativo queda más bien confinado en el DSM a las extremas presentaciones tales como TID (trastorno de identidad disociativo) o fuga disociativa. Esto, en general, tiende a alejar el diagnóstico de lo conversivo de lo disociativo.

El sistema DSM presenta un problema central con la histeria: por un lado ignora las expresiones somáticas de la disociación en aquellos cuadros ubicados en la sección de los trastornos disociativos; por otro lado, no reconoce la base disociativa de la conversión que está ubicada en la sección de trastornos somatomorfos.

Los reportes de trastornos disociativos en pacientes con síntomas conversivos declinaron a lo largo del siglo XX; sin embargo con el advenimiento del video-electroencefalograma en 1970, los neurólogos descubrieron que las crisis psicogénicas eran más frecuentes que lo que suponían. Hay estudios que muestran como pacientes con diagnóstico de trastorno disociativo, despliegan a menudo síntomas de somatización, conversivos, incluyendo crisis conversivas. Inversamente, pacientes diagnosticados con ENEP, presentan altas tasas de síntomas y trastornos disociativos (32).

Además, tanto los pacientes con ENEP como con trastornos disociativos presentan altas tasas de trauma en la infancia, una condición ligada generalmente a la disociación.

Tradicionalmente la histeria ha incluido como síntoma el dolor conversivo. La hallamos en un 60% de pacientes con ENEP (9).

La mayor parte de los pacientes no relata espon-

táneamente sus síntomas disociativos por temor a ser catalogados como “locos”, a menos que específicamente sean interrogados sobre ellos. Los estudios (6, 32) arrojaron un hallazgo consistente, a pesar de las diferencias de encuadres y culturales: la presencia de algún síntoma disociativo hasta en el 90% de los casos de ENEP. Las crisis conversivas constituyen la histeria mayor, y tienden a caracterizarse por mayor presencia de disociación que otros síntomas conversivos menores. Al menos 10% de los pacientes presentan amnesia disociativa.

La evidencia más fuerte acerca de que las crisis conversivas son desórdenes disociativos proviene de la experiencia clínica.

Los pacientes cuyos ENEP son producidos por estados disociados del yo a menudo provienen de familias generadoras de intensos conflictos y enojo, pero que sancionan negativamente la expresión del enojo en el paciente. Disocian el afecto para la supervivencia emocional.

En ese sentido, y para poder abordar este complejo tópico de la psicopatología, resulta más inclusiva la propuesta de un nuevo modelo para los trastornos disociativos (8), al que se denomina *modelo subjetivo fenomenológico* que se caracteriza por considerar intrusiones disociativas recurrentes en cualquier aspecto del funcionamiento ejecutivo y del sentido del self. La descripción del DSM IV del TID, omite la mayor parte de los fenómenos disociativos, focalizando solamente en las personalidades alternantes.

De hecho, en una exhaustiva revisión de los síntomas disociativos, la conversión aparece como el segundo síntoma más reportado (8).

Síntomas disociativos clásicos (8)

1. Amnesia.
2. Conversiones.
3. Voces.
4. Despersonalización.
5. Estados de trance.
6. Alteración del self.
7. Desrealización.
8. Conciencia acerca de presencia de otras personalidades.
9. Confusión de identidad.
10. Flashbacks.

Síntomas disociativos de tipo psicótico (8)

11. Alucinaciones visuales.
12. Alucinaciones auditivas.
13. Síntomas de primer rango schneiderianos.

Psicopatología asociada a los eventos no epilépticos psicogénicos

Los pacientes con ENEP, presentan una alta tasa de patología psiquiátrica que varía según los estudios, entre 40% a 100%. Por lo menos 25% de los pacientes tienen

hospitalizaciones previas. La depresión es una comorbilidad frecuente; el trastorno bipolar ocurre raramente. De los trastornos de ansiedad, el más común es el trastorno por stress post-traumático (TEPT). De hecho, se postula que los flashbacks o las abreacciones del trauma pueden ser causas que subyacen a los ENEP. (4, 5, 6, 24, 25, 26, 27)

Los ENEP son siempre una expresión somática de un distress psicológico que habitualmente se clasifican en el DSM-IV como trastorno conversivo con crisis. Resulta obvio entonces que su detección *si conlleva un diagnóstico psicopatológico*. Sin embargo, por la constelación psicopatológica de estos pacientes, hay una mayor tendencia a realizar diagnóstico de cuadros comórbidos (4). Lo que caracteriza a estos pacientes, más que la presencia de psicopatología, es la dificultad de reconocerla como factor relevante en su padecer (24).

Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

Los ENEP se ubican entonces en el límite entre la neurología y la psiquiatría.

Los pacientes que los padecen “molestan”, generan rechazo. Los neurólogos prefieren derivar a estos pacientes rápidamente ya que no se trata de trastornos orgánicos sino “psicológicos”.

Los psiquiatras se sienten “incómodos” con pacientes con síntomas de “epilepsia”. Se suma el hecho de que no siempre los neurólogos dialogan con los psiquiatras y viceversa, a propósito de estos pacientes. (14)

Además, no siempre presentan psicopatología obvia. Entre otras razones, el habitual interrogatorio psiquiátrico apunta a la identificación de síntomas de las series afectiva, ansiosa, psicótica; lo disociativo se explora poco, y los pacientes no lo comunican espontáneamente.

En cuanto a como realizar el diagnóstico, un estudio ha explorado si los neurólogos y los psiquiatras diferían en su forma de diagnosticar eventos no epilépticos: 70% de los neurólogos creían que la video-EEG era el instrumento diagnóstico preciso para los ENEP, en tanto sólo 18 % de los psiquiatras consideraban esta alternativa (11).

Los ENEP se diagnostican con video-EEG y tienden a ocurrir dentro de los primeros dos días del monitoreo en más del 90% de los pacientes. Sin dicho estudio, la capacidad del neurólogo para diferenciar los EE de los ENEP tiene un 50% de especificidad.

Una vez hecho el diagnóstico un importante obstáculo para el tratamiento de los ENEP es la negativa de los pacientes a aceptarlo. Las razones varían e incluyen el temor a ser considerados “locos” o “simuladores”. El modo en que se ofrece el diagnóstico al paciente y su familia luego de realizar un video EEG se considera crucial para su aceptación, así como para la indicación de tratamiento psicológico y psiquiátrico (5, 15, 16, 17).

Habitualmente los neurólogos suelen derivar rápidamente a los pacientes, sin tomarse el tiempo necesario para saber si se entendió el diagnóstico.

El primer objetivo del tratamiento debe ser la acep-

tación del diagnóstico por el paciente y su familia y no el logro de la remisión total de los ENEP, reforzando que no deben concurrir a la emergencia médica en caso de presentar este tipo de crisis, habiéndoles explicado de forma inequívoca los riesgos que conllevaría tal conducta. La causa más frecuente de una potencial morbi mortalidad en ENE es la iatrogénica, a causa del no reconocimiento del cuadro, que puede mimetizar un status epiléptico (SE). Los ENE no se tratan con drogas antiepilépticas (DAE); aún así muchos pacientes las reciben innecesariamente o son expuestos a medicaciones parenterales tóxicas, estudios invasivos o intubaciones de emergencia en salas de terapia intensiva.

Los datos son aún contradictorios en cuanto a la mejor evolución de los pacientes con psicoterapia que sin ella en cuanto a la reaparición de episodios. De hecho hay estudios que muestran que entre 34 a 53% de pacientes remiten sin tratamiento alguno (15, 24). En realidad lo hacen inmediatamente al ser informados del

diagnóstico. Sin embargo no hay estudios a largo plazo en este grupo de pacientes, y dada la severidad de la psicopatología, el pronóstico resulta incierto. Se recomienda continuar 6 meses con control conjunto neurológico (video-EEG) y psicológico luego de la discontinuación de las DAE.

Las DAE deben continuarse en pacientes con EE concurrentes o en remisión, o en pacientes que las reciban como indicación psiquiátrica; en tal caso debe explicarse con claridad la razón de su uso. En todos los otros casos deben discontinuarse.

¿Es válida la preocupación acerca de crisis por suspensión, en pacientes no epilépticos, por rápida discontinuación de las DAE? Sí, en el caso de benzodiazepinas y barbitúricos. Sin embargo, con las otras DAE puede desenmascarse un cuadro afectivo o por pánico latente, lo que resulta relevante para pacientes con ENEP en los cuales la incidencia de depresiones recurrentes es alta (14, 15, 18, 19, 20, 21, 22).

Fig. 1. Vista medial de la anatomía de los lóbulos frontales y las crisis relacionadas.

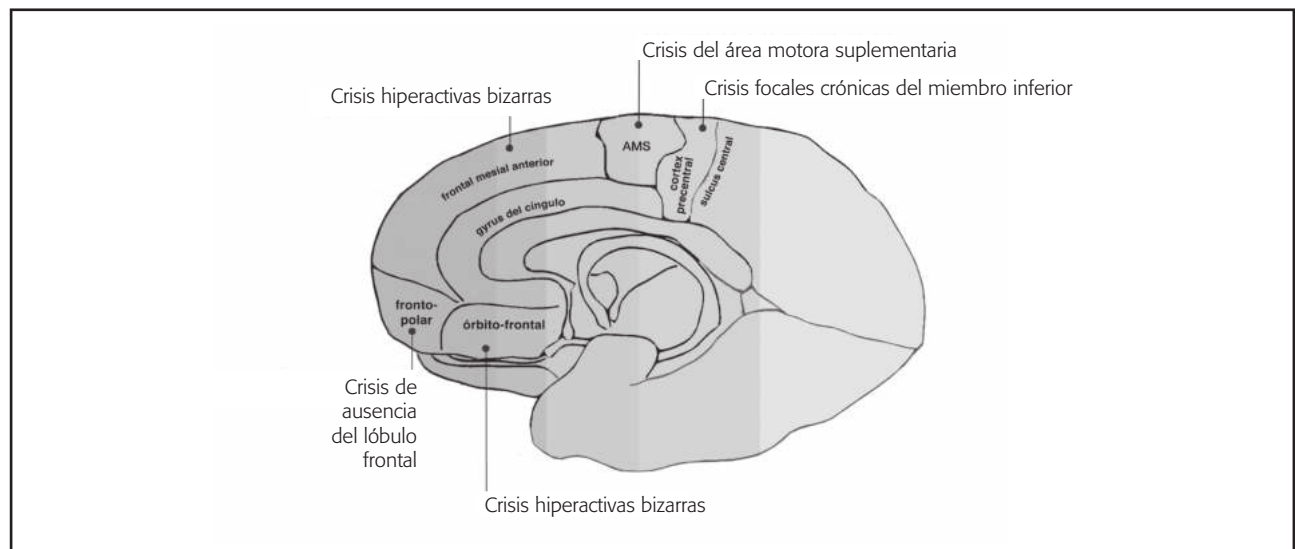
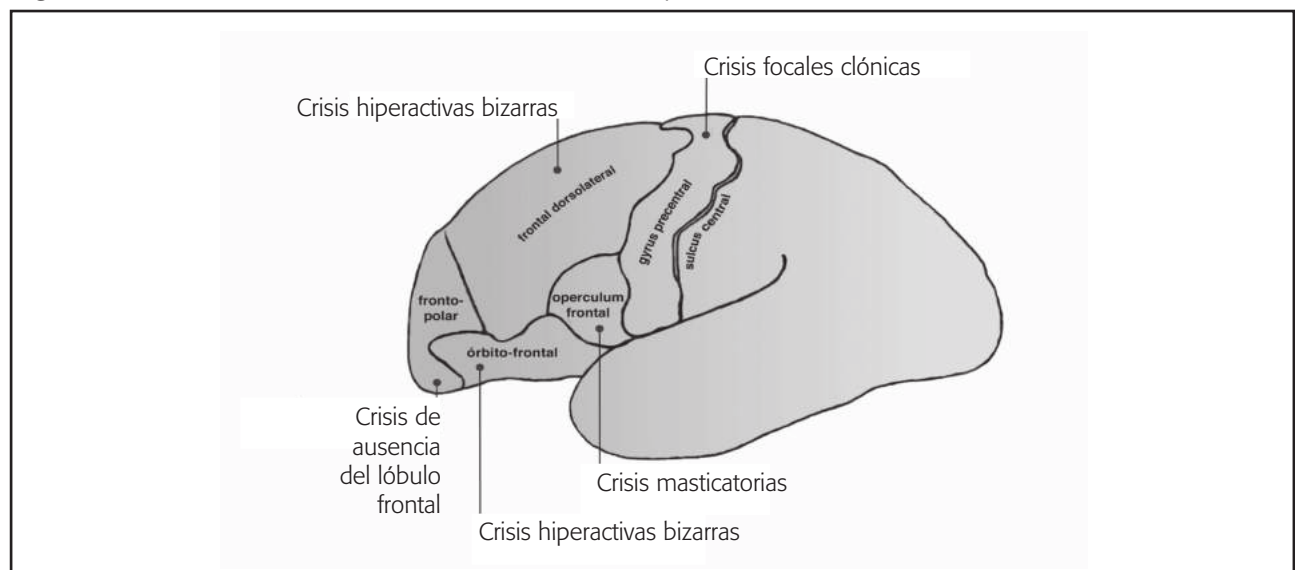


Fig. 2. Vista lateral de la anatomía de los lóbulos frontales y las crisis relacionadas.



Las crisis del lóbulo frontal (CLF)

Uno de los desafíos diagnósticos en la clínica es la correcta identificación de las crisis del lóbulo frontal (CLF) y su diferenciación de los ENEP (12).

Las crisis del lóbulo frontal son relativamente comunes. El 20% de pacientes admitidos a un programa de cirugía de la epilepsia presentan este tipo de crisis (CLF).

Los lóbulos frontales (LF) representan la región cortical más extensa del cerebro humano de la cual pueden surgir las crisis (40 % de toda la superficie cerebral): se extienden desde el polo anterior del cerebro hasta la parte inferior del la cisura silviana y el surco central posterior. La superficie cortical orbitaria y la corteza medial son generalmente inaccesibles al electroencefalograma (EEG) estándar.

Las crisis del LF pueden tener distintas manifestaciones clínicas, dependiendo de la zona en que surjan. Se pueden presentar de modo variado, por lo menos como seis tipos distintos. Algunas, como las crisis motoras clónicas focales son fácilmente distinguibles; otras son más difíciles de ser reconocidas (Fig 1. y Fig. 2).

Características clínicas de las crisis del Lóbulo Frontal (LF)

Características Generales

Son breves y frecuentes. Duran menos de un minuto (más breves que las del lóbulo temporal). Generalmente ocurren en clusters (agrupación de varias crisis) con períodos intermitentes libres de crisis. A menudo tienen preponderancia nocturna, asociadas al sueño y recurriendo durante toda la noche. Ocasionalmente son exclusivamente nocturnas (28).

Pueden asociarse con status epiléptico no convulsivo (SENC) y con status epiléptico convulsivo (SEC). Se observa una forma especial, el *SENC con grado variable de alteración de la conciencia* durando de horas a días, un tipo de "ausencia" del LF.

A menudo la conciencia está preservada, sobre todo si las crisis son muy breves o no se generalizan, o no se extienden por fuera del lóbulo frontal. En ocasiones el paciente se encuentra conciente pero no puede hablar, o por el contrario la vocalización constituye la crisis (23).

Aún si la conciencia se afecta, no suele haber confusión postictal. No existe un aviso de crisis (aura) *específica* asociada a ningún tipo de crisis del LF. Se describen sensaciones o auras en la cabeza, miedo, síntomas autonómicos y somatosensoriales, localizados en el pecho, ilusiones visuales, mareos y sensaciones epigástricas. En general se considera que las auras no localizan el origen de las crisis en el LF (35).

Características particulares

En este artículo nos enfocaremos en aquellas crisis que se confunden fácilmente con los ENEP:

1. Crisis hiperactivas bizarras o hipermotoras del LF
2. Crisis del área motora suplementaria (AMS)
3. Crisis de ausencia prolongadas del LF

Tanto durante como entre las crisis en el caso de 1) y 2), los hallazgos del (EEG) son normales o inespecíficos. De ahí la importancia de las características en la presentación clínica.

En el caso de 3) el EEG de rutina es crucial para el diagnóstico.

1. Crisis hiperactivas bizarras (hipermotoras o crisis focales, también llamadas crisis parciales complejas (CPC) originadas en el LF:

Precedidas o no de auras, los pacientes característicamente presentan de forma súbita y algunas veces explosiva, automatismos que consisten en conductas muy complejas: pueden saltar de la cama, salir corriendo, hacer movimiento de pedaleo, golpear objetos, balanceo, dar vueltas alrededor de la cama.

La contorsión pelviana es común. Los automatismos son repetitivos, estereotipados, y frecuentemente tienen un componente demostrativo. El paciente se encuentra despierto pero no puede controlar la conducta motora. Así como empezaron, finalizan bruscamente.

No hay alteraciones en el EEG de superficie, aún durante la crisis.

2. Crisis Tónicas del Área Motora Suplementaria:

Tienen la característica de adoptar bruscamente una postura tónica de una o más extremidades, uni o bilateralmente con desviación de la cabeza y ojos hacia el lado contralateral del origen de la crisis (adquiriendo la clásica postura del esgrimista). Pueden o no estar precedidas de un aviso.

La ausencia de hallazgos en el EEG (durante o fuera de la crisis) erróneamente conduce al diagnóstico de ENEP.

3. Crisis Frontales de ausencia:

Pueden presentarse como simples "desconexiones" o ausencias repetidas, el paciente no responde a órdenes y no tiene actividad motora (movimientos) durante los episodios. También se pueden presentar con una respuesta variable ante las órdenes simples y parece que la persona está en un estado de "trance" con confusión mental y movimientos más lentos. Esta crisis se puede prolongar por minutos, horas y/o días, generalmente termina en una crisis generalizada tónico-clónica: convulsión.

Se confunden con ENEP o encefalopatías, pero el EEG es característico: muestra una clara y persistente actividad de espiga-onda bilateral. Muchas veces se presentan como status epilépticos no convulsivos.

Las *crisis focales clónicas*, de más fácil diagnóstico, consisten en movimientos clónicos, habitualmente, de la cara o de una extremidad unilateral. Se pueden difundir de acuerdo a la representación cortical. Persisten por

un tiempo prolongado y no hay (habitualmente) pérdida de conciencia.

Conclusiones

Los eventos no epilépticos psicogénicos pueden superficialmente parecerse a las crisis epilépticas, pero no se asocian con descargas ictales en el cerebro.

Constituyen uno de los más importantes diagnósticos diferenciales de las epilepsias. Sin embargo, a pesar de su reconocimiento desde hace siglos, y de que el video-EEG haya permitido a los clínicos una certeza diagnóstica, resta avanzar más allá de la descripción de los fenómenos visibles, en la comprensión de los mecanismos mentales subyacentes. No basta con comunicar el diagnóstico al paciente; el proceso de disociación debe ser integrado de alguna forma.

Por otra parte, las crisis frontales pueden pues presentarse como automatismos conductuales bizarros o como actividad tónica bilaterales, y en muchos casos sin hallazgos en el EEG, por lo que no son de fácil diagnóstico para el epiléptico, a pesar de su cada vez mejor caracterización clínica. El evento no epiléptico psicogénico es su diagnóstico diferencial más importante y constitu-

ye un desafío aún mayor en la clínica. La adopción de la postura en pronación, la mayor brevedad en la duración de la crisis y la ocurrencia nocturna durante el sueño han sido los hallazgos más consistentes a favor del diagnóstico de crisis frontal, no así la contorsión pelviana ni las sacudidas de la cabeza de lado a lado (29).

Una vez realizado el diagnóstico con el video-EEG se abre un camino en el que se requiere una articulación interdisciplinaria para generar en el proceso del diagnóstico un adecuado marco para posibilitar la intervención psiquiátrica y psicoterapéutica. En ese punto, como muestra la literatura, las teorías psicodinámicas subyacen al modo de pensar en la actualidad estos pacientes, integrando la teoría clásica, la teoría de las relaciones objetales y de la construcción deficitaria del self (13, 16, 17, 24) con los conceptos contemporáneos del trauma y de la disociación. No existen estudios controlados a gran escala acerca de la efectividad de alguna intervención psiquiátrica o psicoterapéutica específica. Sin embargo hay acuerdo en que sólo una minoría de pacientes mejora únicamente con la comunicación del diagnóstico; la mayoría requiere una intervención psicoterapéutica a largo plazo ■

Referencias bibliográficas

1. Benbadis SR, Allen HW, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000; 9:280-1.
2. Blum Andrew and LaFrance C, Jr. Overview of psychological nonepileptic seizures. En: Ettinger, Kanner. *Psychiatric issues in epilepsy*. 2nd.ed., 2007, 420-431.
3. Blumer Dietrich, Adamolekun Bola. Treatment of patients with coexisting epileptic and nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 2006; 9: 498-502.
4. Bowman Elizabeth. Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. En: *Dissociative disorders: an expanding window into the psychobiology of the mind. Psychiatric Clinics of North America*; March 2006, vol. 29: 185-211.
5. Bowman Elizabeth, Kanner Andrés. Psychopathology and outcome in psychogenic nonepileptic seizures. En: Ettinger, Kanner, *Psychiatric issues in epilepsy*. 2nd ed., 2007, 432-460.
6. Bowman ES, Markand ON. Psychiatric diagnosis and psychodynamics of pseudoseizures subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57-63.
7. Charcot JM, Lecture XII. Hystero-epilepsy. En: Sigerson G, ed. *Lectures on the diseases of the nervous system: delivered at La Salpetriere*. London: The new Sydenham Society; 1877:300-315.
8. Dell Paul F. A new model of dissociative identity disorder. En: *Dissociative disorders: an expanding window into the psychobiology of the mind. Psychiatric Clinics of North America*

- ca; March 2006, vol. 29: 1-26.
9. Ettinger A, Devinsky O, Weisbrod D. Headaches and other pain symptoms among patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 1999;8:424-6.
 10. Freud S. Breuer J. Estudios sobre la histeria. En: Sigmund Freud. Obras completas. Vol II (1893-1895). Amorrortu editores. Buenos Aires, 1985.
 11. Harden CL, Tuna Burgut F, Kanner AM. The diagnostic significance of video-EEG monitoring findings on pseudoseizure patients differ between neurologists and psychiatrists. *Epilepsia* 2003; 44:453-6.
 12. Jobst Barbara, Williamson Peter. Frontal lobe seizures. En: Neuropsychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*; September 2005, vol. 28: 635-651.
 13. Kalogjera-Sackellares D. Psychodynamics and psychotherapy of pseudoseizures. Carmarthen, Wales; Williston, VT: Crown House; 2004.
 14. Kanner Andres M. When did neurologists and psychiatrists stop talking to each other? *Epilepsy & Behavior* 2003; 4:597-601.
 15. Kanner Andres M. More controversies on the treatment of psychogenic pseudoseizures: an addendum. *Epilepsy & Behavior* 2003; 4:360-364.
 16. Krishnamoorthy ES, Brown RJ, Trimble M. Personality and psychopathology in nonepileptic attack disorder: a prospective study. *Epilepsy & Behavior* 2001; 2:418-22.
 17. LaFrance Jr WC, Alper K, Kanner A et al. Nonepileptic seizures treatment workshop summary. *Epilepsy & Behavior* 2006; 8:451-461.
 18. LaFrance Jr. WC, Barry John J. Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 2005 ;7: 364-374.
 19. LaFrance Jr. WC , Devinsky O. Treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 2002; 3: S19-S23.
 20. LaFrance Jr. WC, Devinsky O. The treatment of nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia* 2004; 45(suppl 2):15-21.
 21. LaFrance Jr. WC, Kanner Andrés, Barry John. Treating patients with psychological nonepileptic seizures. En: Ettinger, Kanner. Psychiatric issues in epilepsy. 2nd ed., 2007, 461-488.
 22. LaFrance Jr. WC, Rusch M Machan J. What is "treatment as usual" for nonepileptic seizures? *Epilepsy & Behavior* 2008; 12: 388-394.
 23. Rego Ricardo, Arnold Stephan, Noachtar Soheyl. Frontal lobe epilepsy manifesting with seizures consisting of isolated vocalization. *Epileptic Disord* 2006; 8 (4): 274-6.
 24. Reuber Markus. Psychogenic nonepileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy & Behavior* 2008; 12: 622-635.
 25. Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy & Behavior* 2003;4:205-16.
 26. Reuber M, Howlett S, Kemp S. Psychologic treatment for patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Expert Opin Neurotherapeut* 2005; 5:737-52.
 27. Reynolds E, Trimble M. Epilepsy, psychiatry and neurology. In History of Epilepsy 1909-2009: The ILAE Century. *Epilepsia* 2009; 50(Suppl. 3):50-55.
 28. Ryvlin Philippe, Rheims Sylvain, and Risse Gail. Nocturnal Frontal Lobe Epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47(Suppl. 2):83-86.
 29. Saygi S, Katz A, Marks DA, Spencer S. Frontal lobe partial seizures and psychogenic seizures Comparison of clinical and ictal characteristics. *Neurology* 1992; 42:1274.
 30. Silva W, Giagante B, Saizar R, D'Alessio L, Oddo S, Consalvo D, Saidon P, Kochen S. Clinical Features and Prognosis of Nonepileptic Seizures in a Developing Country. *Epilepsia* 2001; 42 (3): 398-401.
 31. Spratling WP. Epilepsy and its treatment. Philadelphia, WB. Saunders and Co., 1904.
 32. Tezcan E, Atmaca Met al. Dissociative disorders in turkish inpatients with conversion disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2003; vol 44, 4: 324-330.
 33. Thomson AE, Epstein AJ. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatria* 2002, Vol. XIII - N° 49.
 34. Trimble M and Meador K.: Forced Normalization: Value and Limitations of the Concept. En: Ettinger Alan and Kanner Andres. Psychiatric Issues in Epilepsy. 2nd Edition (2007) Lippincott Williams & Wilkins.
 35. Wiebe Samuel, Troncoso Ledia, Ríos Loreto. Epilepsias extratemporales. En: Campos Manuel, Kanner Andrés. Epilepsias. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Mediterráneo, 2004.
 36. Wilson JVK, Reynolds EH. Texts and documents. Translation and analysis of a cuneiform text forming part of Babylonian treatise on epilepsy. *Med Hist* 1990; 34(2):185-198.

Posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la Psiquiatría

María Lucrecia Rovaletti

*Prof. Tit. Consulta (UBA). Investigador Principal CONICET
Docente Autorizado de los Departamentos de Salud Mental y Humanidades Médicas
Investigador Categoría 1 (CONEAU)
E-mail: mlrova@arnet.com.ar*

Wittgenstein nos dice que no hay un sólo lenguaje del cual dependan los restantes, que existen distintos tipos de discursos, donde cada uno tiene sus reglas y por ello no podemos traducir el uno al otro. Las dificultades con que nos encontramos al tratar de definir *las ciencias humanas* provienen, al menos parcialmente de la utilización de términos que parecen unívocos pero que en verdad revelan una multiplicidad de significaciones. Se piensa que existe *un modelo de ciencia por excelencia*, que se sigue de la física, y a partir de ésta se cree poder elaborar

una concepción del conocimiento susceptible de ser propuesto como un *ideal absoluto*.

A mediados de la década del 70, comienza a gestarse una revolución científica en la que se conjugaban las innovaciones clínicas, los procedimientos diagnósticos apoyados en estudios de laboratorio y en la cuantificación computarizada, aportes éstos que enriquecen la predicción de las respuestas, las correlaciones radiológicas y de diagnósticos por imágenes. A esto se deben añadir además las investiga-

Resumen

Una importante corriente de la Psiquiatría actual a la que se denomina "basada en evidencias" (PBE), se desenvuelve tanto a nivel de investigación como a nivel de la práctica con síntomas operativos y descripciones de síntomas, relacionando determinados conceptos psicopatológicos con cifras, lo cual permite a cualquier persona poder recabar y verificar datos del mismo modo, en cualquier momento y en todo lugar. Sin embargo, el progresivo apartamiento de lo concreto, la desconexión situacional y la preterición del sujeto en su *facticidad*, dejan flancos abiertos en la misma científicidad de la psiquiatría. Por eso, toda otra corriente postula una Psiquiatría basada en Valores (PBV), a la que denomina también basada en Narrativas, precisamente porque la labor del clínico se acerca a la de los historiadores, a la de los biógrafos, y a la de los etnógrafos.

Palabras clave: Psiquiatría basada en evidencias - Psiquiatría basada en valores - Narratividad - Post-psiquiatría.

POSSIBILITY AND LIMITS OF THE UNDERSTANDING- HORIZON OF PSYCHIATRY

Summary

A significant approach in present day *Psychiatry* called *evidence-based* (EBP) resorts to research as well as practice using standardized methods of evaluation of operating symptoms and description of symptoms. It also assesses certain psychopathological issues using numeric measures, which allows any person to gather and verify data following reproducible methods, at any time and in any place. However, the progressive detachment from the concrete, the situational disconnection and disregard of the subject in its *facticity* leave open gaps in the scientific nature of psychiatry. Therefore, an alternative approach relies on *value-based Psychiatry* (VBP), also called medicine based on *Narratives*, precisely because the work of the clinician gets closer to that of the historian, the biographical author and the ethnographer.

Key words: Psychiatry evidence-based - Psychiatry value-based - Narrativity - Post-psychiatry.

ciones básicas puras donde se entrecruzan formulaciones audaces y aparatología sofisticada.

Para facilitar los estudios estadísticos e informativos estándares, estos sistemas diagnósticos-operacionales intentan ser *ateóricos*, fundados en el carácter objetivo y verificable de los fenómenos observados a los que describen como una *realidad autónoma y preexistente a toda observación*. En nombre del conocimiento científico, se establece un lenguaje común que *uniformiza* los datos de los distintos observadores y de los observados, y se pretende además acceder a la “universalidad” por el método del sondeo de opinión, al modo de una democrática inducción.

Se instala un consenso que exige la cuantificación de los datos, pero el tratamiento de los mismos continúa siendo clásico, empírico, realista, lineal, hipotético-deductivo. La *unidad gnoseológica* se funda psicopatológicamente por la *descripción a-teórica de síntomas y/o síndromes*, no por etiologías sospechosas de “ideologías” extracientíficas.

Estos sistemas clasificatorios diagnósticos se inscriben dentro de lo que Thomas Khun denomina “método resolutivo” en la medida que buscan resolver y reducir los fenómenos más complejos a partes y procesos elementales para luego reunirlos ya sea experimental o conceptualmente, al modo de la 2ª regla de método en Descartes. Al modo del sistema cartesiano, se dejan de lado las categorías mixtas, y se busca obstinadamente lo simple tras lo complejo. Se privilegian elementos seguros, establecidos como constantes en la multiplicidad de los signos, que puedan constituirse en *máximo denominador*.

Sin embargo, el carácter “universal” del número introduce al sujeto en un universo cuantificado y uniforme, que acaba muchas veces en un ritual deshumanizado donde se excluyen la esencia del objeto investigado (el enfermo), como también la riqueza y experiencia del investigador. Interesa más que el paciente con sus síntomas y sus signos cumpla o no los criterios que el glosario indica para una patología. Se trata de confirmar ciertas expectativas de manera metódicamente controladas. De este modo, se proyecta sobre el paciente una “representación” de una determinada perturbación a la cual él corresponde en mayor o menor grado con su sintomatología. En su afán de *purificar* las formas nosográficas para posibilitar y facilitar la comunicación entre especialistas, la nosografía pareciera más preocupada por el conocimiento y el “avance” de las ciencias que el paciente mismo.

Desde la perspectiva del empirismo lógico, se polarizan los “hechos observables” (*observables facts*) y el “sentido” (*meaning*), priorizando los primeros sobre los segundos, sin tener en cuenta que ninguna ciencia puede ser concebida como puro dato y

además pretender ser una consideración puramente teórica de esos datos.

Sin embargo, este “ordenamiento” asimila al hombre enfermo como una *cosa fija*, al modo como la vieja nosografía de Kraepelin, que distribuía como un botánico o un zoólogo las enfermedades por clase, orden, género y especie (Littré).

La nosografía se transforma en ciencia, y la enfermedad aparece como un modelo, una *forma pura* contra un fondo proteiforme de invariantes. A partir de ese momento, los síntomas ya no constituyen un discurso personal, ni expresan esa modalidad original, única y propia de cada individuo de expresar su sufrimiento, “sino que se transforman en los rasgos groseros de un cuadro patológico, detrás del cual se buscará en vano el contorno de una vida particular” (21). La persona enferma desaparece detrás de la “enfermedad”. El diagnóstico positivo y el diagnóstico diferencial en vez de individualizar borra los límites entre los individuos, que se pierden así en la “masa amorfa de la categoría”. “Las diferencias individuales aparecen cuando mucho como residuos, imperfecciones molestas que menoscaban la pureza de la categoría nosográfica” (ib.).

«El recurso a las escalas y a los criterios diagnósticos no está bien adaptado a la naturaleza del hecho psiquiátrico. Esta tentativa de formalización suscita una doble modificación del conocimiento. Ciertamente transforma el lenguaje natural susceptible de errores en un lenguaje lógico-matemático de valor más seguro y más universal, pero reduce el conocimiento de los fenómenos vividos limitando las significaciones de los posibles de los ítems deducidos».¹

Marchais. (29)

Sin embargo, el rechazo de toda teorización no equivale a su ausencia, puesto que todo conocimiento depende de una teoría, aunque fuese aquella del pragmatismo que conduce a un asociacionismo superficial. Como bien plantea el psiquiatra japonés Bin Kimura, en el ámbito de la psiquiatría transcultural no se conoce ningún patrón cultural que pueda ser presentado como sistema de referencia universalmente válido de comparaciones, “solamente puede sostenerse una teoría que, en sentido originario sea ‘teoría’, vale decir visión de los grandes fenómenos antropológicos que manifiestan la esencia del hombre en todo el mundo”

Estos procedimientos no bastan cuando se intenta llegar a niveles de análisis más finos, más próximos a las realidades estudiadas. Como meta-discurso, la nomenclatura psiquiátrica nada dice del “enfermo”; se refiere a objetos, representaciones, pero no a una realidad personal. Sólo objetiva al psiquismo ponien-

¹ «Le recours aux échelles et critères diagnostiques n'est pas toujours bien adapté à la nature du fait psychiatrique. Cette tentative de formalisation suscite une double modification de la connaissance. Certes, elle transforme le langage naturel susceptible d'erreurs en un langage logico-mathématique de valeur plus assurée et plus universelle, mais elle réduit la connaissance des phénomènes vécus en limitant les significations possibles des items retenus» (Marchais, 719).

do entre paréntesis su subjetividad: su discurso, su sufrimiento devienen signos o síntomas de un mecanismo patológico, vacíos de todo valor dialógico.

Más aún, al diagnosticar el psiquiatra simultáneamente “transforma al objeto-paciente y se transforma transformándolo” (1). Podrá desconocer estas transformaciones o hacer abstracción de ellas para adoptar una “mirada objetiva”, pero no podrá negar que su mirada está ligada a un equipamiento teórico, a sus valores y a su propia singularidad.

Pues bien, a esta “actitud teórica del psiquiatra que ordena, recorta y clasifica el malestar vital de los hombres del mismo modo como se clasificó enfermedad por enfermedad los desórdenes somáticos”, Hochmann la designa como “razón nosográfica” (21).

De este modo la psiquiatría actual se desenvuelve tanto a nivel de investigación como a nivel de la práctica con síntomas operativos y descripciones de enfermedades, relacionando “determinados conceptos psicopatológicos con cifras, que le permite a cualquier persona poder recabar y verificar datos del mismo modo, en cualquier momento y en todo lugar. Las cifras obtenidas de esta manera, pueden intercambiarse y compararse con las obtenidas en cualquier punto del mundo” (24). Cifras, estadísticas, tablas, representaciones esquemáticas dominan en la actualidad el panorama académico.

«La creciente operacionalización de la psiquiatría guiada por criterios de homogeneidad diagnóstica y voluntad de investigación, obliga a menudo a replantear la legitimidad de los procedimientos que las sostienen. El progresivo apartamiento de lo concreto, la desconexión situacional y personal que comporta, y la aparente preterición del sujeto en su facticidad en favor de una homogeneización de los datos, significan progresos que, sin embargo, dejan flancos abiertos en la cientificidad de la propia psiquiatría»

Ramos Gorostiza y González Calvo (31).

He aquí la denominada Psiquiatría “basada en evidencias”, cuya fundamentación teórica reside en el invariante biológico, una de cuyas consecuencias es presentar la etiología -la causa- como único y exclusivo factor que pretende hacerla inteligible. Sin embargo, ella se pretende como una aproximación ateórica, obviando que toda observación lleva siempre consigo una carga teórica que es la que da sentido a los hallazgos, discrimina lo esencial de lo accesorio, y separa las excepciones de la norma. Precisamente, cada una de las distintas cargas teóricas -confesadas o negadas- de los distintos modos de aproximación dará lugar a distintas psicopatologías.

¿Cómo lograr una aproximación que conduzca a una auténtica experiencia clínica?

Aquí se pone de manifiesto la diferencia entre una psicopatología clínica entendida como instrumento de clasificación diagnóstica y una psicopato-

logía general concebida como la organización de la experiencia interna en torno a su núcleo de *significatividad* (Rossi Monti y Stanghellini). En este último caso, se trata de habilitar la “*empiría*” que haga inteligible la enfermedad mental sin someterla desde un principio a la causa como determinante objetivo. Se trata de plantear un *organizador psicopatológico* (Rossi Monti y Stanghellini) que muestre el *nexo de sentido* en una serie de fenómenos, sin remitirlos a un mero desarrollo psico(pato)lógico o a un cerebro disfuncional. Pero no es una empatía sino un factor de coherencia interna el puede disponer a los fenómenos patológicos alrededor de un “núcleo de significatividad”.

La conducta del paciente sólo adquiere pleno sentido cuando se articulan y reconstruyen las *potencialidades* del sujeto y las posibilidades de mundo. El progresivo apartamiento de lo concreto, la desconexión situacional y la preterición del sujeto en su *facticidad*, dejan flancos abiertos en la misma cientificidad de la psiquiatría. Por eso, una *práctica basada en valores*, no implica sustraer “hechos”, sino reconocer la presencia de las características propias de la vida humana.

Cuando el paciente se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo, remitiéndonos de este modo a una historia particular, a un contexto de *sentido*. Será la tarea del clínico la que busque integrar esas narrativas. Por eso, esta práctica puede ser comparada a la de los historiadores, a la de los biógrafos o a la de los etnógrafos. Precisamente, el método clínico como acto interpretativo implica la organización de los eventos vividos en la sincronía de un relato: un relato que no es la simple repetición de un pasado ampliado, sino una co-creación del analizado y el analista.

«Frente a la ‘verdad factual’ propia de la adecuación entre los postulados científicos y los así llamados ‘hechos’, es preciso plantear una ‘verdad narrativa’, que permita una aproximación al ser humano en la medida que éste formula su existencia bajo la forma de un relato»

Rovaletti (34).

La autorreflexión de la psiquiatría como ciencia

Cuando Binswanger (7) se cuestiona por la *posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la psiquiatría* en general, designa a este problema como “la autorreflexión de la psiquiatría sobre su esencia en cuanto ciencia”, o como “el esfuerzo por *comprenderse a sí misma como ciencia*”. Considera que la psiquiatría al haber escotomizado el problema, está obligada a una revisión de “los conceptos fundamentales”, es decir aquellos que “determinan la comprensión previa de la región que sirve de base a todos los objetos temáticos de una ciencia y que

orientan por ello toda búsqueda científica”, para hablar en términos de Heidegger (20). Más aún,

«El progreso de la psiquiatría depende de un intercambio constante entre estas tentativas prácticas de acceso al enfermo y la reflexión sobre su propia esencia en tanto que ciencia».

Binswanger. (7)

Como en psiquiatría teoría y práctica son indisolubles, reflexionar sobre este “saber y hacer” no implica pensar una teoría como contrapuesta a la práctica, sino una *actitud crítica* a los principios y fundamentos del discurso y de la praxis psiquiátrica. Se trata de pensar una *meta-teoría* cuyo modelo de reflexión se aproxime tanto a una “ciencia de acciones” como a una ciencia de “objetos”; se trata de plantear aquí una *Crítica de la Razón Psiquiátrica* en tanto Razón Teórica-Práctica, una Meta-Psiquiatría, una Post-psiquiatría.

¿Pero como es posible interrogarse “sobre los fundamentos o la ausencia de fundamentos de un saber psiquiátrico que extrae todo su contenido de la experiencia clínica”? ¿Existe un más allá del dominio clínico?, y ¿cómo podemos denominarlo?, se pregunta Lantéri-Laura. (26)

Siguiendo a Minkowski², es preciso diferenciar radicalmente la *psiquiatría clínica*, brazo de la medicina inevitablemente dedicada al diagnóstico y al tratamiento, que se sirve de la clínica y de la biología, y la *psicopatología reflexiva y filosófica* cuyo objeto es mostrar cómo lo diverso de la psiquiatría clínica toma su razón de ser y su singularidad del conocimiento de la existencia humana, permitiendo a la clínica salvar así su contingencia. Como toda psicopatología depende de una cierta antropología, si no acabada, al menos coherente, “la antropología general posee una pequeña parte, la psicopatología, que dirige la psiquiatría clínica y representa la necesidad frente a la contingencia” (26).

Precisamente, la multifactorialidad del “hecho” psíquico ubica la estructura teórica-gnoseológica de la psiquiatría en la intersección del campo de las

ciencias médicas y las ciencias humanas.

«La psiquiatría es aquí un auténtico brazo de las ciencias del hombre, no sólo porque apela a la psicología, a la sociología y a la etnología, así como a numerosas otras disciplinas, sino sobre todo porque es un arte intersubjetivo que introduce al otro como sujeto y no como objeto; ...[ella] se diferencia...de todas las otras especialidades medicinales en este sentido que la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, es también significación de un sentido, sentido desconocido del sujeto que vive como radicalmente extraño a él mismo como en la psicosis o como imposibilidad de comprender en la neurosis».

G. Berguez. (4)

Si la Psicopatología Fenomenológica pudo surgir como una meta-psiquiatría, una post-psiquiatría, esto nos lleva a pensar por un lado qué consecuencias *epistemológicas* surgen para el trabajo clínico. Y por otra parte, nos mueve a reflexionar qué relaciones subsisten entre la Fenomenología Clínica y la Filosofía Fenomenológica, es decir en qué sentido los conceptos teóricos de ésta siguen orientando a aquella y viceversa. Como bien señalan Kuhn y Maldiney (23) “si la fenomenología de Husserl aporta al psiquiatra las perspectivas y los métodos indispensables para su acción práctica como para su comprensión teórica, recíprocamente la acción y el pensamiento psiquiátrico movilizan y ponen en funcionamiento a la fenomenología”.

«No cabe duda que una antropología filosófica no puede constituirse en la actualidad sin el apoyo del psicoanálisis, la psicopatología y la psiquiatría. Pero... ¿cómo podrá una fenomenología establecer un diálogo y dejarse enseñar por formas de saber que han sido elaboradas a partir de principios, medios de investigación, problemas, deberes y fines que no coinciden en casi ningún punto con los suyos?...Desearíamos que la lectura de esta obra haga evidente la inscripción potencial de la locura en el núcleo mismo de las estructuras constitutivas de la condición humana».

A. de Waelhens. (47) ■

² Citado en Lantéri-Laura, 1990.

Referencias bibliográficas

1. Anguelergues R.: "Qu' est-ce que la psychopathologie? Une question et non une réponse", *L'Evolution Psychiatrique*, 1990, Tome LV, Fasc 2, pp. 277-286.
2. Azorin, J. et Tatossian, A.: "Signification de la phénoménologie en psychiatrie", *Psychologie Medicale*, 1988, 20, 12, pp. 1723-1727.
3. Bercherie, P.: Les fondements de la clinique. Histoire et Structure du Savoir Psychiatrique, Paris, Ed. Universitaires, 1991.
4. Berquez, G.: "L'illusion phénoménologique et le réal biologique. Essai de Psychiatrie théorique", *L'Evolution Psychiatrique*, 1986, Tome 51, fsc. 1, pp. 87-99.
5. Berrios, G.E.: "Phenomenology and Psychopathology: was there ever a relationship", *Comprehensive Psychiatry* (USA), Jul-Aug. 1993, 34 (4), pp. 213-220.
6. Binswanger, L.: "Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte", *Ausgewählte Werke (Band III) Vorträge und Aufsätze*, Heidelberg, Asanger, 1994, pp. 35-74.
7. Binswanger, L.: *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971. Traduction partielle de *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze* et glossaire de J. Verdeaux y R. Kuhn. Préface de R. Khun y H. Maldiney.
8. Bracken, P. & Thomas Ph.: Postpsychiatry, New York, Oxford University Press, 2005.
9. Broekman, J.M.: "El tiempo en los cuadros clínicos de Merleau-Ponty", en M.L. Rovaletti (ed.): Temporalidad. La problemática del tiempo en el pensamiento actual, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1998, pp. 143-152.
10. Civita, A.: *Ricerca filosofica sulla psichiatria*, Milano, Guerri, 1990.
11. Dastur, F.: "Autobiographie et narrativité", en AAVV: Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie, Paris, Ed. Association Le Cercle Herméneutique Collection Phenó- Société d'Anthropologie Phénoménologique et d'Herméneutique Générale, 2001, pp. 43-47.
12. Desviat, M.: "La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones". *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (2) pp. 119-122
13. Elwyn G, Elwyn R. "Stories we hear and histories we tell: analysing talk in clinical practice", *British Medical Journal*, January 1999; 318: 186-188.
14. Fernandez Zoila, A.: *Récit de vie et crise d'existence*, Paris, L'Harmattan, 1999
15. Fuchs, Th.: *Zeit-Diagnosen. Philosophische-psychiatrische Essays*, Kusterdingen-Deutschland, Die Graue Edition, 2002.
16. Fullford, B. Morris, K., Sadler, J. & Stanghellini, G.: *Nature and Narrative*, New York, Oxford University Press, 2003.
17. Fullford, K.W.M (Bill), Thornoton, & Graham G. (ed.): *Oxford Text Book of Philosophy and Psychiatry*, New York, Oxford University Press, 2006.
18. Greenhalgh T.: "Is my practice evidence-based?". *British Medical Journal* 19, October 1999; 313: 957-58.
19. Greenhalgh T.: Narrative based medicine in an evidence. *British Medical Journal*, 30 January 1999; 318: 323-325.
20. Heidegger, M.: *Sein und Zeit*, Tübingen, Max Niemeyer, 1963.
21. Hochmann, J.: *Hacia una psiquiatría comunitaria*; Tesis para una psiquiatría de los conjuntos, Bs. As., Amorrortu Editores, 1980.
22. Jones A. H. "Narrative in medical ethics". *British Medical Journal* 23, January 1999; 318: 253-256.
23. Khun, R. et Maldiney, H. : « Préface » a Binswanger, L.: *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971.
24. Kuhn, R. : "El síntoma como hecho a ser comprendido. En torno a la frase 'en la psiquiatría los síntomas son ellos mismos hechos a ser comprendidos'", en M. L. Rovaletti, La problemática del cuerpo en el pensamiento actual, Bs. As. 1996, pp. 325-334.
25. Kuhn. M.: "Le narratif dans la psychanalyse", *L'art du comprendre*, Février 1999, No 8, pp.157-165.
26. Lanteri-Laura, G.: «Au-delà du domaine clinique», *L'Evolution Psychiatrique*, 55, 2, 1990, pp. 287-302, cites p. 287-300.
27. Lanteri-Laura, G.: «Sémiologie et critique de la connaissance», *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986, pp. 825-833.
28. Launer, J. A.: "Narrative approach to mental health in general practice", *British Medical Journal*, 1999; 318, pp.117-119.
29. Marchais, P.: "Le nombre, les échelles et les critères diagnostiques; problématiques actuelles", *Annales Médico-Psychologique* 1995, vol. 153, N° 10, pp. 716-720. Cite p. 719.
30. Radden, J. (ed.): *The Philosophy of Psychiatry, A Companion*, New-York, Oxford University Press, 2004
31. Ramos Gorostiza, P. & Gonzalez Calvo, J. M.: "El sentido de la Psicopatología y el papel de la fenomenología. Contribución a una controversia", *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1995, 23, 5, pp. 281-286.
32. Ramos Gorostiza, P. y Rejón Altable, C.: *El esquema de lo concreto. Una introducción*, Madrid, Triacastela, 2002.
33. Rigot-Muller, H.: "Entre le dit et l'écrit: comment signifier une folie?" en J. Beune, Phénoménologie et Psychanalyse. Etranges relations, Seyssel, Champ Vallon, 1998, pp 226-233.
34. Rovaletti, M. L.: "La 'historia clínica', entre la verdad factual y la verdad narrativa", en A. Ziriñ Quijano (ed.) *Acta Fenomenológica Latinoamericana* (Organo del Círculo Latinoamericano de Fenomenología, *Clafen*), vol. III, México, Universidad Michoacana, 2009, pp. 743-751;
35. Rovaletti, M. L.: "De la hermenéutica del relato a la hermenéutica de la recepción", *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, vol. I, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2003, pp. 347-357.
36. Rovaletti, M. L.: "La psicoterapia como 'compromiso narrativo'", en L. Ricón (ed.), *Las psicoterapias, pensadas a partir de lo posible*, Bs. As., Polemos, 2005, pp. 195-204.
37. Rovaletti, M. L.: "Pour une Critique de la Raison Nosographique", *L'Information Psychiatrique*, N° 5 (Francia), Volume 77, Mai 2001, pp. 497-503.
38. Rovaletti, M. L.: "The Phenomenological Perspective in the Clinic: From Symptom to Phenomena", *Comprendre*, (Italia), 2000, N° 10 pp. 109-123.
39. Rovaletti, M. L.: "L. Binswanger or the critic of psychiatric reason", *Comprendre* (Italia), N° 9, Octubre 1999, pp. 149-170.
40. Rovaletti, M. L.: "La Psiquiatría como ciencia de la Persona", *Vertex, Rev Arg de Psiq*, 1997, No 28, pp. 85-91.
41. Rovaletti, M. L.: "Alienación y Libertad", *Investigaciones en Psicología* (Revista del Instituto de Investigaciones en Psicología de la UBA), 1996, Año 1, N° 1, pp. 119-135.
42. Rovaletti, M. L.: "A significao da Fenomenologia na Psiquiatria" *Temas: Teoria e pratica do Psiquiatria* (Sao Paulo) vol. 26, N° 52, 1996, pp. 150-163.
43. Sadler, J.Z., Wiggins, O.P. & Schwartz M. A. (ed.): *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnosis Classification*, Baltimore-London, The John Hopkins University Press, 1994.
44. Schafer, R.: *A new language for psychoanalysis*, New Haven, Yale University Press, 1976.
45. Schafer, R.: *Narrative actions in psychoanalysis*, Worcester, Mass, Clark University Press, 1981.
46. Schafer, R.: "The conceptualization of clinical facts", *Int. Journal of Psychoanalysis*, 1994, 75, pp. 1023-1030.
47. Waelhens, A. de: *La Psicosis; ensayo de interpretación analítica existencial*, Madrid, Ediciones Morata, 1973.
48. Zuazo Arsuaga, J. I.: "Historia clínica e intervenciones: Narración, acontecimiento y psicoterapia", *Anales de Psiquiatría* (Madrid), vol. 15, Junio 1996, No 6, pp. 232-240.
49. Kimura, B.: "Mittmenschllichkeit in der Psychiatrie", *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 1971, 19, 3-13. Citado en p. 306 por H. Tellenbach : "El problema del patrón de medida en la psiquiatría transcultural", *Psicología Médica* (Bs. As.), 1974, N° 3, pp. 305-312.

Primer episodio psicótico en trastorno bipolar: diferenciación clínica e impacto funcional en una muestra argentina

María Lolich

Licenciada en Psicología, Universidad de Palermo

E-mail: lolichm@yahoo.com.ar

Gustavo Vázquez

Médico Especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina

Cátedra de Neurociencias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo

Eduardo A. Leiderman

Médico Especialista en Psiquiatría. Cátedra de Psiquiatría Biológica, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo

Resumen

Introducción: El trastorno bipolar en su fase inicial constituye un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico. Los sujetos con trastorno bipolar pueden ser agrupados según sus características clínicas diferenciales como, la presencia o no de síntomas psicóticos durante el primer episodio. **Objetivo:** Indagar acerca de las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que hayan debutado con sintomatología psicótica. **Métodos:** 175 sujetos con diagnóstico de trastorno bipolar completaron las escalas para la evaluación de síntomas de manía (YMRS), depresión (HAMD), funcionalidad (FAST) y estigma (ISE). **Resultados:** 70 pacientes bipolares debutaron con síntomas psicóticos, 105 pacientes no presentaron síntomas psicóticos. Se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en relación al sexo, edad al momento del diagnóstico y funcionalidad. Estas distinciones conllevan implicaciones clínicas que pueden afectar el curso y pronóstico del trastorno bipolar. **Discusión:** Los sujetos diagnosticados con trastorno bipolar pueden ser agrupados según su clínica diferencial. La presencia de sintomatología psicótica durante el primer episodio otorgaría especial relevancia clínica en la evolución, pronóstico y tratamiento del trastorno. Sería necesario implementar intervenciones destinadas a facilitar un tratamiento temprano para aquellos pacientes bipolares que debutan con y sin psicosis.

Palabras clave: Síntomas psicóticos - Trastorno bipolar - Primer episodio afectivo - Diagnóstico - Funcionalidad.

FIRST PSYCHOTIC EPISODE IN BIPOLAR DISORDER: CLINICAL DIFFERENTIATION AND FUNCTIONAL IMPACT IN AN ARGENTINEAN NATIONAL SAMPLE

Summary

Background: Bipolar disorder in its early phase results in a diagnostic and therapeutic challenge for the clinician. Individuals with bipolar disorder can be grouped according with their different clinical features such as the presence or absence of psychotic symptoms. Early illness detection and treatment is usually associated with a better prognosis. **Objective:** The main objective of this study was to compare the clinical features, functionality and stigma of patients with bipolar disorder with psychotic symptoms at onset. **Method:** A total sample of 175 bipolar disorder outpatients completed clinical assessment (YMRS and HAM-D), functionality (FAST), and stigma (ISE) scales. All patients were clinically stable for at least three months and were following active maintenance treatment regimens. **Results:** The psychotic group consisted of 70 patients and the non-psychotic group 105 patients. Statistical significant differences were found between patients with and without psychotic features regarding sex, age at diagnosis, perceived stigma and functional impairment. Bipolar patients with psychotic symptoms at onset received an early treatment. **Discussion:** Clinical differences found in both groups of bipolar patients have therapeutic implications which may account for different outcomes. Differential interventions could be designed according to each clinical group. Special attention should be paid to bipolar first episode features.

Key words: Psychotic symptoms - Bipolar Disorder - First Episode - Diagnosis - Functionality.

Introducción

El trastorno bipolar (TB) es una de las enfermedades mentales de mayor estabilidad diagnóstica y a la vez con fuerte impacto negativo sobre la funcionalidad y calidad de vida de los afectados así como de su círculo social inmediato (6, 31, 34). A ello se añaden además, los altos costos y recursos demandados al sistema de salud y por sobre todo, a los pacientes, cada vez que no es abordado a tiempo o bien es confundido con la esquizofrenia o con la depresión unipolar. (5, 16, 21, 25, 30).

Como en toda problemática de salud, la prevención y detección temprana son elementos clave. Se necesita un mayor conocimiento acerca de su etiología, fenomenología y evolución, sobre todo en lo que respecta a las primeras fases y modos de manifestación. Nuevos avances y estudios sobre el tema sugieren que existiría un curso y pronóstico diferente, no sólo entre los pacientes diagnosticados con bipolaridad de tipo I o II (DSM-IV), sino que la evolución de los pacientes se vería también afectada de debutar con o sin síntomas psicóticos (CP y SP, en adelante) (1, 9, 18, 22, 25).

Con una prevalencia estimada entre el 1 y 5% en la población general, considerando su heterogénea manifestación y amplio espectro, el trastorno bipolar representa uno de los desafíos urgentes a ser atendidos por la comunidad científica (2, 4, 6, 11, 13, 14, 21, 22, 28, 30). No obstante, existen complejos obstáculos en su abordaje, como ser las dificultades implicadas en su identificación temprana y consecuentemente la indicación de un adecuado tratamiento psicofarmacológico. Los primeros episodios afectivos suelen ser de polaridad depresiva, a raíz de lo cual, la mayoría de los pacientes con una primera manifestación de manía, ya han sufrido uno o más episodios de depresión bipolar no diagnosticada, junto con otras comorbilidades adquiridas y posiblemente un tratamiento psicofarmacológico inadecuado (3, 30). A estas dificultades se añaden, además, la presencia de algunas incongruencias teóricas en los criterios clínicos de clasificación así como la escasez de datos precisos sobre las características implicadas en el debut de la enfermedad (6). Es en consecuencia a estos y otros factores que, en muchos casos, se ven obstaculizadas las aproximaciones médicas adecuadas (6, 30).

Antecedentes e investigaciones previas

La mayoría de las investigaciones previas en trastorno bipolar se han centrado, casi exclusivamente, en delimitar las características socio-demográficas, déficits neuro-cognitivos, tiempo de ciclado entre episodios, diferencias entre pacientes con inicio temprano o tardío, pronóstico y tiempo en la demora diagnóstica según la polaridad del episodio inicial

(7, 8, 9, 14, 16, 24). También se ha estudiado al TB en relación a otros trastornos, como ser la esquizofrenia o comorbilidad con uso y abuso de sustancias (1, 2, 5). Durante los últimos años, nuevos estudios han buscado establecer, además, las bases para un reconocimiento temprano de los síntomas pre-mórbidos a la aparición aguda de la enfermedad (5, 22, 25, 26). Ha sido posible identificar una serie de síntomas inespecíficos (como ser alteraciones en el sueño, irritabilidad, labilidad emocional) y se sostiene que un porcentaje mayor de pacientes con trastorno bipolar debutarían en su primer episodio con síntomas de índole predominantemente depresiva sin sintomatología psicótica (10, 11, 14, 26, 30).

Los trabajos que han estudiado los perfiles clínicos en pacientes bipolares tipo I con y sin psicosis durante el curso de la enfermedad, coinciden en señalar que no habría diferencias en lo que hace a la funcionalidad entre ambos grupos de sujetos, aún teniendo en cuenta variables tales como la edad de inicio, cantidad de internaciones psiquiátricas y cantidad de años acontecidos desde el primer episodio y el posterior tratamiento médico (12, 27, 36, 38). Asimismo, se ha sugerido que los pacientes con sintomatología psicótica no presentarían un deterioro cognitivo-funcional más marcado, a diferencia de como en un principio se suponía (7, 34, 36, 38).

De todas formas, aún se desconocen las diferencias e impacto en la funcionalidad para aquellos sujetos que debutan con un primer episodio psicótico (maníaco o depresivo) ante quienes presentan un primer cuadro sin este tipo de síntomas (4, 9, 10, 11, 28). A su vez, tampoco se cuenta con referencias consensuadas sobre estos dos grupos de pacientes, en relación a variables tales como el número de internaciones psiquiátricas, pronóstico, cantidad de intentos de suicidio, tiempo de ciclado entre episodios, funcionalidad, estigma y adaptación social (2, 4, 7, 9, 10, 13).

Estudiar las características clínicas de aquellos pacientes que transitan por su primer episodio de TB puede proveer importante información para identificar predictores funcionales y neurobiológicos implicados en su pronóstico (30). Poder continuar en la profundización del tipo de deterioro que sufren aquellos sujetos que comienzan con psicosis, en relación a quienes debutan en ausencia de la misma, representa un área de relevancia donde focalizar futuros estudios de investigación (1, 9, 16, 18, 21, 22, 25).

El objetivo principal del presente trabajo buscó indagar acerca de las características clínicas, evolutivas y funcionales de los pacientes argentinos con diagnóstico de trastorno bipolar que presentaron sintomatología psicótica en su primer episodio afectivo.

Materiales y Métodos

Participantes

La muestra analizada alcanzó un total 175 sujetos participantes con diagnóstico de trastorno bipolar, reclutados en los centros ambulatorios de la Red Argentina de Investigación en Trastorno Bipolar. Esta red de investigación se encuentra constituida por médicos especialistas en psiquiatría de diferentes centros públicos y privados de atención terciaria de Argentina (ver Agradecimientos). Todos los pacientes reunieron criterios clínicos diagnósticos para trastorno bipolar I y II según el DSM-IV-TR, de acuerdo a la entrevista clínica a cargo de investigadores con experiencia en trastornos afectivos. Como criterios de exclusión se tomó una edad igual o menor a 18 años, enfermedad médica comórbida relevante, trastornos de personalidad significativos (según el eje II del DSM-IV-TR) y uso y/o abuso de sustancias como diagnóstico primario.

Después de una detallada descripción del estudio, los sujetos participantes firmaron un consentimiento informado para ser incluidos en el mismo. El estudio fue aprobado por los comités de ética de cada centro participante.

Instrumentos

Todos los pacientes que participaron del estudio cumplían, al momento de la evaluación, con criterios clínicos de remisión de su último episodio afectivo, y presentaban una puntuación menor o igual a 9 puntos en la Escala de Manía de Young (Young Mania Rating Scale score; YMRS) (37) y menor o igual a 12 puntos en la escala de Depresión de Hamilton de 17 ítems (Hamilton Depression Rating Scale; HAM-D) (19).

Asimismo, todos los pacientes de este estudio

completaron el Test Breve de Evaluación de la Funcionalidad (Functioning Assessment Short Test, FAST), (29), que es una entrevista heteroaplicada diseñada para evaluar discapacidad en los pacientes con trastornos bipolares. Incluye ítems para medir la autonomía, el funcionamiento laboral y cognitivo, el desempeño en las finanzas personales, en las relaciones interpersonales y el ocio.

Los pacientes incluidos en el presente estudio también completaron la versión local traducida y adaptada de la Entrevista de Experiencias con Estigma (Interview of Experiences with Stigma, ISE) (23, 33). La ISE es un cuestionario autoaplicado que incluye preguntas sobre las experiencias personales de los pacientes con el estigma y la discriminación y el impacto que el estigma genera en ellos mismos y en sus familias. La ISE se divide y puntúa a su vez en dos subescalas separadas, la escala de experiencias con estigma (SES) y la escala de impacto del estigma (SIS).

Análisis de los datos

La base de datos fue confeccionada en una planilla Excel. Los tests estadísticos fueron realizados con la versión 17.0 del SPSS. Se describieron las frecuencias relativas de las variables. Los grupos fueron comparados con los tests de Mann-Whitney y Chi cuadrado según correspondía.

Resultados

El análisis de las características socio-demográficas de la muestra señala que la edad promedio de los sujetos al momento de la entrevista era de 42,7 años, siendo un 64,4% de sexo femenino, encontrándose un mayor porcentaje de pacientes en estado civil divorciado (15,3%), conviviendo con una pareja (35,8%) y desempeñándose en una ocupación de tipo remunerada (59,9%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio-demográficas de la muestra

N total sujetos	175					
Edad promedio (N± SD)	42, 7± 12,6					
Sexo %	Femenino			Masculino		
	64,4			35,6		
Estado civil %	Casado	Separado	Viudo	Divorciado	En unión libre	No casado
	7,8	11,4	4	15,3	0,2	11,3
Convivencia %	Solo	Con esposa/o ó Compañera/o	Con los padres	Con otras personas no parientes	Con otros parientes	Otros
	14,8	35,8	25	2,3	20,5	1,7
Ocupación %	Estudiante	Ocupación remunerada		Ocupación no remunerada		Desocupado
	9	59,9		6		25,1

Realizando una comparación entre el grupo de pacientes CP y SP en el primer episodio afectivo, se encontró que aquellos pacientes CP debutaban poco antes en el tiempo que los sujetos SP (CP 25,23 vs. SP 26,03). En cuanto al ámbito laboral, el grupo de sujetos CP se encontraban al momento de la entrevista, en mayor medida desempleado o con una ocupación no remunerada en comparación al grupo SP. Un mayor porcentaje de sujetos de sexo masculino presentó síntomas psicóticos en su primer episodio afectivo (Ver Tabla 2).

Con respecto a las demás variables clínicas, al

compararse a los pacientes que debutaron CP y SP, se hallaron varias diferencias significativas: los sujetos CP presentaban una menor cantidad de años transcurridos entre el primer episodio y la ocurrencia del diagnóstico de trastorno bipolar (CP 6,23 años vs. SP 10 años). Además éste mismo grupo registraba mayor cantidad de internaciones psiquiátricas (CP 2,67 vs. SP 1,07) (Tabla 3). Además, los pacientes CP presentaban un menor tiempo de ciclado entre cada episodio en comparación al grupo SP y una menor cantidad de episodios depresivos (CP 5,03 vs. SP 6,35).

Tabla 2. Características socio-demográficas de acuerdo a la forma de presentación clínica con y sin inicio psicótico (CP y SP)

Variables	Pacientes con inicio psicótico	Paciente con inicio sin psicosis	Prueba estadística y probabilidad
Edad (N± SD)	41,5 ± 13,08	43,3 ± 12,47	$z = -1,01$; $p = 0,3$
Sexo femenino (%)	53,62	72,38	
Casado (N± SD)	29	27,9	$\chi^2(5) = 6,6$; $p = 0,2$
Divorciado (N± SD)	8,7	19,2	
Separado (%)	14,5	9,6	
No casado (%)	37,7	26,9	
Estudiante (%)	13,2	6,2	$\chi^2(3) = 5,2$; $p = 0,1$
Con ocupación remunerada (%)	51,5	64,9	
Con ocupación no remunerada (%)	4,4	7,2	
Desocupado (%)	30,9	21,6	
Universitario Completo (%)	8,8	21,4	$\chi^2(3) = 5,2$; $p = 0,1$
Edad del 1er episodio (N± SD)	25,23 ± 9,16	26,05 ± 11,07	$z = -0,28$; $p = 0,7$
N° de episodios hipomaniacos, maníacos y mixtos (N± SD)	4,34 ± 3,3	4,55 ± 4,1	$z = -0,21$; $p = 0,8$
N° de intentos de suicidio (N± SD)	1,87 ± 1,25	1,89 ± 1,57	$z = -0,35$; $p = 0,7$
Edad de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad (N± SD)	24,34 ± 9,54	26,22 ± 11,64	$z = -0,872$; $p = 0,3$

Tabla 3. Diferencias significativas entre pacientes con y sin inicio psicótico (CP y SP)

Variables		Pacientes con inicio psicótico (N= 70)	Pacientes sin inicio psicótico (N= 105)	Prueba estadística/ Probabilidad
Sexo (%)	Femenino	53,62	72,38	$\chi^2(1)=6,4$ $p < 0,05$
Tipo de ocupación (%)	Desempleado	48,52	32,35	$\chi^2(4)=9,5$ $p < 0,05$
	Trabajo en talleres protegidos	1,47	0	
	Empleado subsidiado	0	5,71	
	Trabajo competitivo	20,58	29,41	
	Trabajo a tiempo completo competitivo	29,41	32,35	
Diagnóstico DSM IV (%)	Tipo I	68,57	40	$\chi^2(1)=13,72$ $p < 0,001$
	Tipo II	32,43	60	
Edad del diagnóstico médico en años (N± SD)		25,23 ± 9,16	26,05 ± 11,07	$t(168)=-2,5$ $P < 0,05$
Tiempo entre el 1er episodio y el diagnóstico (N± SD)		6,23 ± 9,2	10 ± 10,94	$z=-2,6$ $p=0,007$
Número de hospitalizaciones psiquiátricas (N± SD)		2,62 ± 2,76	1,07 ± 2,02	$z=-4,95$ $p < 0,001$
Nº de episodios depresivos (N± SD)		5,03 ± 6,9	6,35 ± 5,3	$z=-3,02$; $p= 0,002$
Cicladores rápidos (%)		4,28	18,4	$\chi^2(1)=7,5$ $p=0,006$
Edad de la primera hospitalización en años (N± SD)		27,19± 10,1	32,41 ± 12,39	$z=-2,34$ $p=0,01$
Edad del primer tratamiento psiquiátrico (N± SD)		27,2 ± 9,35	31,62 ± 11,53	$z=-2,62$ $p=0,009$
Ha requerido hospitalización por enfermedad mental o intento suicida (%)		86,76	44,23	$\chi^2(1)= 31,2$ $p < 0,05$
Funcionalidad al momento de la entrevista (FAST) (N± SD)		17,6 ± 14,04	22,38 ± 14,97	$z=-2,7$ $p=0,03$
Escala Hamilton-D (al momento de la entrevista) (N± SD)		5,33 ± 6,09	7,54 ± 6,56	$z=-2,7$ $p=0,007$
ISE (Ítem 13.a: ¿piensa que su familia ha sido estigmatizada a causa de la enfermedad mental?) (%)		31,81	10,67	$\chi^2(3)= 13,7$ $p= 0,003$

Tabla 4. Componentes en los que se encontraron diferencias significativas entre pacientes (CP y SP) en ítems de la escala FAST

Componente FAST	CP	SP	Prueba estadística de Mann Whitney
Autonomía (N± SD)	2,14± 2,53	3,24± 3,1	z=-2,3 p=0,02
Funcionamiento Laboral (N± SD)	4,37±4,96	5,67± 4,85	z= -2,08 p=0,037
Funcionamiento cognitivo (N± SD)	3,17± 3,06	5,05 ±4,02	z=-2,91 p=0,004
Finanzas (N± SD)	1,07±1,81	1,78 ±1,85	z= -2,83 p=0,005
Relaciones Interpersonales (N± SD)	4,37±4,42	5,81±4,13	z=-2,24 p=0,025
Ocio (N± SD)	2,07±2,02	2,7±2,07	z= -1,87 p=0,061
Puntaje total (N± SD)	17,6 ± 14,04	22,38 ± 14,97	z=-2,7 p=0,036

Considerando éste último resultado (cantidad de episodios depresivos), al realizar una regresión lineal múltiple con los resultados de la escala FAST como variable dependiente y en cambio, al subtipo de trastorno bipolar, inicio o no de la enfermedad con psicosis y tardanza en la edad del diagnóstico como variables independientes, se halló que el modelo predecía los resultados en la escala de funcionalidad ($R^2= 0,131$ $F(4)=6,15$ $p< 0,001$). Un mayor tiempo transcurrido entre el primer episodio y el diagnóstico de bipolaridad así como el subtipo diagnóstico fueron variables que se encontraron asociadas a una mayor cantidad de episodios depresivos ($\beta=0,251$ $p=0,005$ y $\beta= 0,299$ $p<0,001$ respectivamente).

En los resultados de la escala FAST fueron halladas las siguientes diferencias significativas: se encontraron diferencias en los ítems relativos a la autonomía, al manejo de finanzas y el funcionamiento cognitivo (Tabla 4). En cuanto a la autonomía, las diferencias significativas entre los pacientes de inicio CP y SP se registró, principalmente, en el ítem relativo a encargarse de las cosas de la casa siendo los sujetos CP más funcionales. Además, los pacientes CP también obtuvieron menor puntaje

(mayor funcionalidad) en el desempeño cognitivo en actividades relativas a la concentración en la lectura o películas; capacidad para recordar el nombre de gente nueva y aprender nueva información. En cuanto al manejo de finanzas, los ítems donde los sujetos CP denotaron mayor funcionalidad refieren al manejo del dinero propio y a poder realizar compras equilibradas. Por tanto, en todos los ítems mencionados así como en el puntaje total final, los sujetos CP presentaban mayor funcionalidad que los sujetos SP (CP 17,6 vs. SP 22,38).

En cuanto al estigma percibido por los pacientes y evaluado mediante la escala ISE, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de participantes. De todas formas, en el caso de los pacientes CP, pudo identificarse una mayor percepción del estigma en el ítem correspondiente a la estigmatización para con la familia como consecuencia de la enfermedad.

No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos de pacientes en lo que respecta a variables tales como: número de episodios hipomaniacos, maniacos y mixtos; presencia y

número de intentos de suicidio, edad de aparición de los primeros signos de la enfermedad, edad de la aceptación de la enfermedad, frecuencia del manejo médico y sintomatología maniaca al momento de la entrevista.

Discusión

El trastorno bipolar es considerado uno de los trastornos mentales más severos, asociado con una respuesta terapéutica insuficiente, un curso crónico con recaídas y deterioro funcional marcado en un número substancial de pacientes (3, 5, 6, 28, 30, 34, 38). Los sujetos diagnosticados con bipolaridad pueden ser agrupados de acuerdo a diferencias clínicas significativas, no sólo en lo que al subtipo diagnóstico refiere (I ó II, según el DSM-V) sino también, en cuanto a la presencia de síntomas psicóticos en primer episodio de la enfermedad. Dado además que, el trastorno bipolar, constituye un desorden que por periodos extensos de la vida de los sujetos no es detectado ni tratado a tiempo, sumándose asimismo el severo deterioro psicosocial implicado, las intervenciones tempranas deberían situarse en un primer plano en lo que a los profesionales de la salud mental respecta (6, 9, 10, 28, 30).

Por lo tanto, si bien los pacientes diagnosticados con TB son agrupados genéricamente bajo una misma categoría nosológica, son significativas las diferencias clínicas halladas en este estudio entre aquellos pacientes que debutan con y sin sintomatología psicótica (7, 9, 17, 21, 22, 30). Los resultados obtenidos dan cuenta de diferencias en ambos grupos de sujetos en lo que hace a la funcionalidad (autonomía, desempeño cognitivo, manejo de finanzas), edad de inicio del tratamiento médico adecuado, tipo de ocupación, cantidad de episodios depresivos, tiempo de ciclado y cantidad de internaciones psiquiátricas entre otras variables de importancia clínica. Estas divergencias informan acerca de un curso de la enfermedad diferente para ambos grupos de pacientes siendo, en consecuencia, diagnosticados antes en el tiempo aquellos sujetos que presentan psicosis durante sus episodios debut. Puede suponerse, por tanto, que la presencia de éste tipo de síntomas en las primeras manifestaciones del trastorno bipolar posibilitaría una detección temprana e inicio del tratamiento psicofarmacológico acorde y de forma inmediata siendo, al mismo tiempo, menor el riesgo de presentar nuevos episodios y un deterioro psicosocial concomitante (4, 6, 9, 21, 30).



En consonancia, se ha reportado que el retraso diagnóstico conllevaría un menoscabo importante en la funcionalidad de los pacientes (9, 22). Se sostiene que tal detrimento podría deberse a la acción conjunta de diferentes factores como ser la demora en el tratamiento con estabilizantes del ánimo (6); un posible tratamiento previo con antidepresivos (lo que aumenta la incidencia del ciclado rápido) (15, 32) y una consecuente menor respuesta al tratamiento estabilizante al ser éste indicado más tardíamente (4, 6, 22). Se entiende que una indicación psicofarmacológica adecuada de forma inmediata podría retrasar el progreso de la enfermedad, revertir desregulaciones neuro-biológicas y mejorar el pronóstico del trastorno bipolar en general (30). En concordancia con estos reportes, los resultados obtenidos en el presente estudio mediante la aplicación de la FAST denotan una mejor funcionalidad en aquellos pacientes que presentaron psicosis al debut de la enfermedad. Los sujetos CP manifestaron mayor nivel de funcionalidad y un menor índice de episodios depresivos.

Por otro lado, los sujetos bipolares CP a diferencia de los individuos SP, presentaron un menor nivel ocupacional (mayor cantidad de sujetos desempleados o no remunerados), un mayor impacto sobre la

autoestima (según la ISE) así como un mayor nivel de estigma percibido para con su círculo familiar como consecuencia del perfil sintomatológico de la enfermedad.

En cuanto a las diferentes modalidades típicas de manifestación de este trastorno, considerando los criterios diagnóstico del DSM IV, los bipolares tipo I debutaron en mayor proporción con síntomas psicóticos en comparación a aquellos con diagnóstico de bipolaridad tipo II. Por otro lado, los pacientes con bipolaridad de tipo II debutaron, con mayor frecuencia, a través de episodios depresivos. Actualmente se sostiene que es éste grupo de pacientes quienes suelen ser en mayor medida erróneamente diagnosticados como sujetos depresivos unipolares (20) y medicados en consecuencia con AD en monoterapia (3).

Finalizando, a partir de los resultados obtenidos en este trabajo puede concluirse que, si bien los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar comparten criterios y definiciones clínicas en común, existen simultáneamente importantes matices de relevancia médica en cuanto al curso y pronóstico esperado para aquellos sujetos que debutan con y



sin síntomas psicóticos. Puede sostenerse, por tanto, la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas diferenciales para sujetos CP y SP, tanto en lo que respecta a una adecuada detección temprana como a las indicaciones terapéuticas a ser implementadas (4, 6, 30).

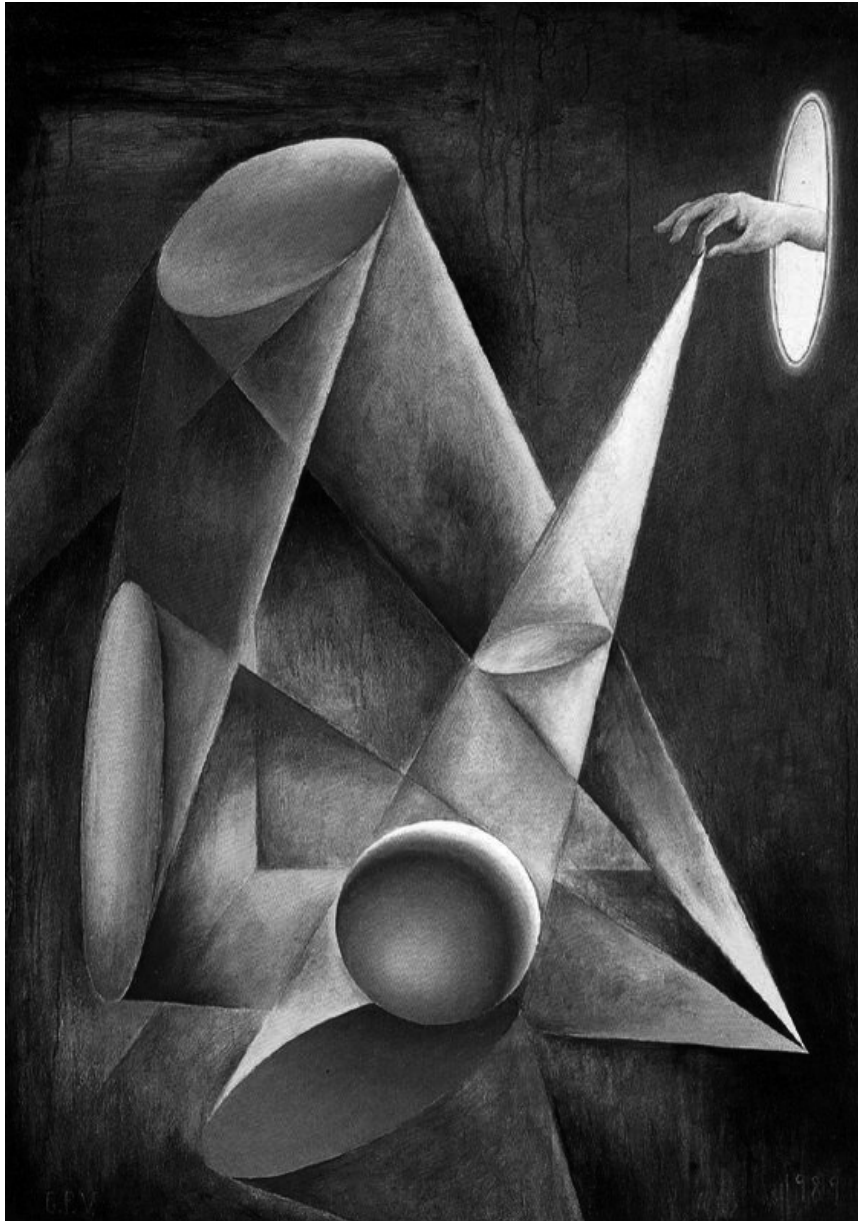
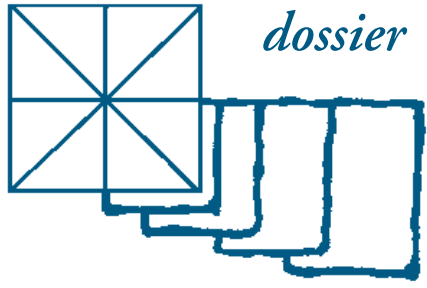
Tal vez, orientarse hacia puntos que graviten en torno a las siguientes preguntas resulte de utilidad: ¿cuáles son las diferencias prodrómicas entre aquellos pacientes bipolares que debutan con y sin síntomas psicóticos?, ¿cuáles diferencias clínicas sería esperable encontrar de diagnosticarse correctamente y tratarse tempranamente a ambos grupos de pacientes? Se necesitarán nuevos trabajos de investigación que centren su atención en identificar las diferencias clínicas entre aquellos pacientes CP y SP, especialmente en lo que al período prodrómico de la enfermedad bipolar refiere.

Agradecimientos: Red Argentina de Investigación en Trastorno Bipolar: Strejilevich S y Cetkovich-Bakmas M (Instituto de Neurociencias, Fundación Favaloro, Bs. As.), Aguayo S (Servicio de Psiquiatría, Hospital de Formosa, Formosa), Kahn C y Schiavo C (Departamento de Psiquiatría, Hospital Álvarez, Bs. As.), Zaratiegui R y Lorenzo L (Centro Privado de Psiquiatría, La Plata), Goldchluk A y Herbst L (Servicio de Consultorios Externos, Hospital T. Borda, Bs. As.), Abraham E (Instituto Neurológico Mendiando, Mar del Plata), García Bonetto G (Hospital Privado San Nicolás, Córdoba), Padilla E (Hospital Psiquiátrico Néstor Sequeiros, San Salvador, Jujuy), Calvo M y Guerrero G (Instituto de Psicopatología, San Salvador, Jujuy), Vilapriño J y Vilapriño M (Instituto de Psiquiatría Profesor Vilapriño, Mendoza) ■

Referencias bibliográficas

1. Baethge C, Hennen J, Khalsa H. MK, Salvatore P, Tohen M, Baldessarini RJ. Sequencing of substance use and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients. *Bipolar Disord* 2008; 10: 738–741.
2. Baldessarini R, Kaur Khalsa H, Hennen J, Salvatore P, Tohen, M. Substance Abuse in First-Episode Bipolar I Disorder: Indications for Early Intervention. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1008–1010

3. Baldessarini RJ, Vieta E, Calabrese JR, Tohen M, Bowden CL. Bipolar depression: overview and commentary. *Harv Rev Psychiatry* 2010; 18:143-157.
4. Bauer M, Juckel E, Correll C, Leopold K, Pfennig A. Diagnosis and treatment in the early illness phase of bipolar Disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 [5]:50-54
5. Bechdolf A, Veith V, Purkrop R, Klosteskotter J. Health related quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis. En: Ritsner M., Awad A George Editors. *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Springer Netherlands; 2007. p. 159-171
6. Berk M, Hallam K, Lucas N, Hasty M, McNeil C, Conus P, et al. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls. *MJA*, 2007; 187(7)
7. Besnier N, Fakra E, Kaladjian A, Adida M, Maurel M, Azorin JM. Depressive onset episode of bipolar disorder: clinical and prognostic considerations. *Encephale*. 2010;36 Suppl 1:S18-22
8. Casas-Barquero N, García-López O, Fernández-Argüelles P, Camacho-Laraña M. Clinical variables and implications of the personality on the outcome of bipolar illness: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007; 3(2) 269-275
9. Cha B, Kim J.H, Hyon T, Chang J.S, Ha K. Polarity of the First Episode and Time to Diagnosis of Bipolar I disorder. *Psychiatry Investig* 2009; (6): 96-101
10. Conus P, Ward J, Hallam KT, Lucas N, Macneil C, McGorry PD, et al. The proximal prodrome to first episode mania - a new target for early intervention. *Bipolar Disord* 2008; 10: 555-565.
11. Correll C, Penzner J, Frederickson A, Richter J, Auther A, Smith C, et al. Differentiation in the Preonset Phases of Schizophrenia and Mood Disorders:Evidence in Support of a Bipolar Mania Prodrome. *Schizophrenia Bull* 2007; 33 (3): 703-714
12. Coryell W, Leon AC, Turvey C, Akiskal HS, Mueller T, Endicott J. The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *J Affect Disord*. 2001 Dec;67(1-3):79-88.
13. Das A, Olfson M, Gameraoff M.J, Pilowsky D.J, Blanco C, Feder A, et al. Screening for Bipolar Disorder in a Primary Care Practice. *JAMA* 2005;293:956-963
14. Duffy A, Alda M, Crawford L, Milin R, Grof P. The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2007; 9: 828-838
15. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK.. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(10):804-808.
16. Gupta S.C, .Basu S, Sinha V.K. Prodrome in childhood and adolescent mania. *Hong Kong J Psychiatr* 2004; 14 (3): 26-30
17. Gyulai L, Bauer MS, Marangell LB, Dennehy EB, Thase ME, Otto MW, Zhang H, Wisniewski SR, Miklowitz DJ, Rapaport MH, Baldassano CF, Sachs GS Correlates of functioning in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*. 2008; 41(4):51-64.
18. Hallam KT, Berk M, Kader LF, Conus P, Lucas NC, Hasty M, et al. Seasonal influences on first-episode admission in affective and non-affective psychosis. *Acta Neuropsychiatr* 2006; 18:154-161.
19. Hamilton, M. A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 23:56-62, 1960
20. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003 Feb; 64(2):161-74
21. Kamat S, Rajagopalan K, Pethick N, Willey V, Bullano M, Hassan, M. Prevalence and Humanistic Impact of Potential Misdiagnosis of Bipolar Disorder Among Patients With Major Depressive Disorder in a Commercially Insured Population *J Manag Care Pharm* 2008;14 (7):632-642
22. Keshavan A.S, Haas Q, Miewald J, Montrose D, Reddy R, Schooler N, et al. Prolonged Untreated Illness Duration From Prodromal Onset Predicts Outcome in First Episode Psychoses. *Schizophrenia Bull* 2003; 29 (4)
23. Mileva VR, Vázquez GH, Milev R. A cross-cultural look at the effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorders. *Bipolar Disorders* 2010 (submitted)
24. Mitchell PB, Johnston AK, Corry J, Ball JR, Malhi GS Characteristics of bipolar disorder in an Australian specialist outpatient clinic: comparison across large datasets. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(2):109-17
25. Mojtabai R, Bromet E, Harvey P, Carlson G, Craig T, Fennig S. Neuropsychological Differences Between First-Admission Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders *American J Psychiatry* 2000; 157:1453-1460
26. Monte R.C, Goulding S.M, Compton M.T. Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores *Schizophr Res* 2008; 104(1-3): 206-213
27. Ozyildirim I,Cakir S,Yazici O Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry*.;2010, 25(1):47-51
28. Perry A, Tarrier R, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; (318):149-153
29. Rosa A, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007; 3: 5.
30. Salavadore G, Drevets W, Henter L, Zarate C, Manji H. Early intervention in Bipolar Disorder, Part I. *Early Interv Psychiatry*. 2008; 2(3): 122-135.
31. Salvatore P, Baldessarini R.J, Tohen M, Khalsa H.M, Perez Sanchez-Toledo J, et al. The McLean-Harvard First Episode Project: Two-year Stability of DSM-IV Diagnoses in 500 First-Episode Psychotic Disorder Patients *J Clin Psychiatry*. 2009; 70(4): 458-466.
32. Salvi V, Fagiolini A, Swartz HA, Maina G, Frank E. The use of antidepressants in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(8):1307-1318
33. Stuart H, Milev R, Koller M. The Inventory of Stigmatizing Experiences: its development and reliability. *World Psychiatry* 2005;4(Suppl 1):35-39.
34. Wingoa A P, Baldessarini R J, Holtzheimer P E, Harvey P D. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder Patients. *Bipolar Disord* 2010; 12: 319-326
35. Yatham L, Kauer-Sant'Anna M, Bond D, Lam R, Torres I. Course and Outcome After the First Manic Episode in Patients With Bipolar Disorder: Prospective 12-Month Data From the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania Project. *Can J Psychiatr* 2009; 54 (2)
36. Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women. *J Affect Disord*. 2003 Apr; 74(2):197-201.
37. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35.
38. Zarate C, Tohen M, Land M, Cavanagh S Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Quart*, 2000, Vol. 71, No. 4: 309-29.



¿PSIQUIATRIA BASADA EN EVIDENCIA?

Coordinación
Silvia Wikinski
Daniel Matusevich

La práctica clínica contemporánea está atravesada por fenómenos sociales, económicos y científicos que la han complejizado en forma creciente. Los profesionales de la salud hemos dejado de ser mayoritariamente personas en el libre ejercicio de nuestro saber para pasar a ser empleados de los grandes conglomerados económicos que gerencian los sistemas de salud. De la mano de esta realidad, la representación social del lugar que tenemos los médicos en el cuidado del paciente ha sufrido un cambio profundo, al que se suma, en nuestra opinión felizmente, una democratización de las relaciones entre los usuarios o pacientes y quienes debemos contribuir a su recuperación. Por último, el saber mismo en el que apoyamos nuestras decisiones clínicas está en constante revisión, en gran medida por la explosión de producción científica la que, en realidad, no necesariamente se acompaña de una explosión verdadera de nuevos conocimientos. Aunque los medios masivos de comunicación promueven en el público general, y por supuesto también en los colegas, la expectativa de un progreso sostenido de lo que sabemos y tenemos disponible para realizar nuestra tarea, la verdad es que la explosión informativa no siempre se acompaña de avances reales. Nos vemos expuestos, por lo tanto, a tres frentes de tensión: a) menos tiempo, y por añadidura peor remunerado, disponible para cada paciente, b) expectativa de pacientes y familiares de que contemos con más y mejores recursos para resolver satisfactoriamente los pedidos de ayuda que nos formulan y c) una abrumadora y abigarrada masa de información, de la cual hay que desbrozar

con criterio científico y clínico aquello que realmente es útil y novedoso de lo que no es más que reiteración de viejos conceptos o prácticas. Por ejemplo, una búsqueda realizada en PubMed al escribir esta introducción (noviembre de 2010) con la frase “schizophrenia treatment” (tratamiento de la esquizofrenia) produjo un total de 47.296 citas, de las cuales 6.533 habían sido publicadas en los últimos 3 años. Frente a un paciente concreto en el que realizamos el diagnóstico de esquizofrenia ¿cómo orientamos la práctica sin perder de vista los conocimientos más actuales?

A principios de los años '90 un grupo de docentes del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad McMaster en Canadá elaboró una propuesta para sistematizar la aproximación de los profesionales a esta creciente y compleja masa informativa. La propuesta, que fue bautizada con el nombre de “Medicina Basada en Evidencia” consistía en primer lugar en capacitar a los médicos para la lectura crítica de los trabajos científicos. Estas herramientas pronto consolidaron un cuerpo teórico en el que se puede apreciar un deslizamiento que condujo a una suerte de normatización de la práctica propiamente dicha. El movimiento de la Medicina Basada en Evidencia pasó de aconsejar a los médicos cómo valorar la calidad de un determinado producto científico a proponer estrategias que validan la toma de decisiones en la atención médica. Tal vez sin que ésta fuera su intención original, la Medicina Basada en Evidencia (MBE) pasó a ser el estándar de la práctica clínica, con la expectativa de

que su aplicación mejorase la evolución de los pacientes. Como todas las ramas de la medicina, la Psiquiatría se vio conmovida por este movimiento y la Psiquiatría Basada en Evidencia (PBE) comenzó a ser discutida.

Todo esto sucedió en los últimos veinte años en el hemisferio norte. Por nuestras tierras, en una apreciación intuitiva de la que nos hacemos cargo los coordinadores de este dossier, la idea de la Medicina Basada en Evidencia no tuvo tanta pregnancia. Sin embargo, a lo largo de estas décadas en las mismas latitudes en que se gestaron y promovieron la MBE y la PBE surgieron voces críticas, fundamentalmente desde el campo epistemológico. Este dossier se propone presentar el debate actual en torno a la Psiquiatría Basada en Evidencia.

En el inicio, un trabajo de Karin Kopitowski presenta el tema de modo amplio y detallado con el objetivo de informar a los lectores que pueden estar poco familiarizados con el mismo acerca de los fundamentos y procedimientos relacionados con la MBE.

A continuación, la psiquiatra e investigadora canadiense Mona Gupta toma un aspecto epistemológicamente central del debate: ¿qué es la evidencia en Psiquiatría? En su trabajo argumenta acerca de los datos clínicos que no son incorporados a la evidencia en nuestra especialidad y de qué manera esta omisión puede devaluar la confiabilidad y por lo tanto la aplicabilidad de la PBE. Ilustra sus argumentos con dos viñetas clínicas.

Norberto Conti presenta en su trabajo un resumen de los conceptos principales de la psiquiatría basada en evidencia para luego, enmarcando sus comentarios en el contexto epistemológico y cultural en que se desarrollaron, señalar los sesgos que ponen límite a los alcances del modelo

planteado por esta corriente. Finalmente, hace pie en el concepto de paradigma, tal como fuera planteado por Thomas Kuhn, para discutir desde la perspectiva epistemológica, las pretensiones de verdad de las que pretende apropiarse la PBE.

Pedro Pieczanski y Daniel Matusevich desarrollan las ideas de Bill Fulford en torno a la Medicina Basada en los Valores (MBV), explicitando de manera clara y esquemática los diez principios básicos que la constituyen, dándole de esa forma al lector un pantallazo abreviado pero significativo de esa corriente de pensamiento que pone en tensión dialéctica a los postulados básicos de la Medicina Basada en la evidencia.

Finalmente, se presenta una entrevista al psiquiatra e investigador irlandés David Healy, en la cual en el tono coloquial y desafiante que le es característico, el entrevistado agudiza algunas de las contradicciones de la PBE.

Una reflexión final de los coordinadores del dossier. Al hacernos eco de las voces que cuestionan a la Psiquiatría Basada en la Evidencia esperamos no desalentar a los lectores en la tarea cotidiana de reflexionar acerca de la práctica y de revisar sus conocimientos a la luz de nuevos aportes que pudieran modificarla. En realidad el movimiento de la MBE, como todo hecho cultural o científico, no tiene retorno. Promueve un cambio que deberá a su vez ser ponderado en sus alcances y limitaciones. La MBE y la PBE pretenden ser superadoras de la medicina basada en la autoridad y servir de brújula al clínico para optimizar la toma de decisiones. Sus limitaciones pueden estimular nuevos desarrollos, que sin desatender los problemas con los que nos enfrentamos y a los que nos referimos en los primeros párrafos de esta introducción, nos respalden en nuestro quehacer profesional ■

Luces y sombras de la Medicina Basada en la Evidencia

Karin Kopitowski

Especialista en Medicina Familiar

*Directora Atención Médica Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria,
Hospital Italiano de Buenos Aires*

*Profesora Titular, Departamento Clínica Médica orientación Medicina Familiar,
Instituto Universitario Hospital Italiano*

Algunos criterios para tomar decisiones en medicina

En la tarea cotidiana, los médicos emplean diferentes criterios para tomar decisiones (4). Sin pretender enumerar todos ellos, he aquí un listado:

- El criterio de autoridad: este criterio que atraviesa la

formación médica en el grado y posgrado, hace referencia a que las decisiones se toman en función de lo que opina el jefe o un colega reconocido. Se podría englobar en este punto a la adopción de conductas basadas

Resumen

La medicina basada en la evidencia (MBE) es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. El empleo de esta estrategia implica reconocer los baches en el conocimiento, realizar una búsqueda adecuada en fuentes de información primarias, analizar la validez de los hallazgos y aplicarlos a la resolución de problemas. La MBE ha surgido en un contexto de explosión de investigación clínica y acceso a la información. También ha sido respuesta a lo difícil que resulta mantenerse actualizado a la amplia variabilidad en la práctica clínica y a la no aplicación de medidas de comprobada seguridad y eficacia. Sin embargo, preocupa cada vez más el hecho de que una gran parte de los estudios de investigación son diseñados, conducidos y analizados por la industria farmacéutica. Este fenómeno ha introducido una preocupante distorsión ya que se investiga aquello que es de interés para las compañías farmacéuticas. Por otro lado, la fuente de financiamiento logra con mayor frecuencia resultados favorables a sus intereses los cuales, por diversos mecanismos, son más difundidos y comunicados.

Palabras clave: Medicina basada en la evidencia - Sesgo de financiamiento.

EVIDENCE BASED MEDICINE: SHADOWS AND LIGHTS

Summary

When taking decisions as regards patient care, based on the evidence (MBE) medicine is the conscious, wise and explicit utilization of the best available tests.

The utilization of this strategy involves the recognition of the patches in the knowledge, the realization of a precise research in primary information sources, the analysis of the validity of the discoveries and their utilization in problem solving.

The MBE has emerged in a frame of explosion regarding clinical research and access to the information.

It has also been a response to the difficulty of keeping up-dated, to the increasing variability in the clinical practice, and to the non-application of measures with checked security and effectiveness.

However, it is worrying the fact that a great part of the investigation tests are designed, conducted and analyzed by the pharmaceutical industry. This phenomenon has introduced a worrying distortion because it investigates what it is interesting for the pharmaceutical companies. On the other hand, financial sources mainly achieve results which are favourable to their interests, which are more spread and communicated through different mechanisms.

Keywords: Medicine based on the financing evidence - Bias.

en instituciones de prestigio o los consensos de los paneles de expertos cuyas conclusiones no explicitan el sustento para realizarlas.

- El criterio fisiopatológico: según este punto de vista, se tiende a pensar que si un medicamento interviene de tal o cual manera desactivando un proceso fisiopatológico responsable de la enfermedad, el paciente se curará. La medicina está plagada de ejemplos en los cuales este razonamiento ha resultado falso. Hace tiempo que se sabe que niveles elevados de glucemia se asocian con malos resultados clínicos, sin embargo, un estudio sobre control intensivo de glucemia en diabéticos tipo 2 debió ser suspendido por la mayor mortalidad observada en la rama de participantes con glucemias más bajas (1). La administración de beta carotenos parecía, en función de criterios fisiopatológicos, una buena alternativa para prevención cardiovascular. No obstante, varios ensayos con beta carotenos sugieren que los mismos podrían aumentar la mortalidad cardiovascular (8). En patologías complejas, es casi imposible predecir la respuesta del ser humano en su totalidad basándose en explicaciones fisiopatológicas.

- El criterio empírico: todos los médicos, en mayor o menor medida, emplean este criterio. Y es imposible no basarse en la propia experiencia a la hora de tomar de decisiones. Sin embargo, es necesario reconocer que basarse exclusivamente en la experiencia personal puede acarrear errores. Los médicos conocen la evolución de los pacientes que vuelven y suelen ignorar cómo les ha ido a quienes no regresaron. Es probable que, quienes no regresan, no la hagan por una evolución especialmente buena o especialmente mala. En ocasiones, se asisten pacientes en un momento agudo de la enfermedad que mejorará de cualquier manera con o sin tratamiento. En este caso, la prescripción de un fármaco y posterior mejoría, puede llevar a pensar que el paciente mejoró por la intervención. Por más vasta que sea la experiencia de un profesional, la misma es sesgada. Es habitual que los traumatólogos no quieran infiltrar con esteroides una articulación porque "ellos ven las artritis sépticas". Lo que la experiencia no les permite ver es cuántos pacientes recibieron infiltración sin complicaciones y con mejoría de sus síntomas.

- Criterio basado en la evidencia científica disponible: este criterio hace referencia a tomar en cuenta a la hora de decidir conductas médicas qué se ha investigado sobre el tema y cuáles fueron los resultados. Si se quiere aplicar una terapéutica, se pretende analizar los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados que la evaluaron. Si se quiere establecer el pronóstico de una afección o los factores de riesgo para la aparición de una enfermedad, habrá que consultar estudios de cohortes o estudios de casos y controles. Estos últimos diseños también permiten responder preguntas sobre las causas de una enfermedad. En ocasiones, los médicos deben decidir si emplean uno u otro método diagnóstico. En esos casos deben buscarse estudios que hayan evaluado adecuadamente el

test diagnóstico contra el gold standard. Cuando la evidencia científica disponible es escasa o nula y/o de mala calidad, la autoridad y la experiencia cobran preponderancia.

¿Por qué ahora?

Varios elementos fueron determinantes en la aparición, propagación y crecimiento de la Medicina Basada en la Evidencia en estos 20 años (5).

Del lado de la práctica médica, la presencia de variabilidad inapropiada en la práctica. Esto significa que pacientes similares son evaluados y tratados de manera muy diferente si consultan a diferentes profesionales y esta variabilidad no está explicada por las características del paciente. Por otra parte, prácticas de reconocida eficacia y seguridad no se aplican privando a los pacientes de alternativas que mejorarían su salud y ciertas prácticas inútiles y hasta peligrosas no se discontinúan.

El aumento en el gasto en salud que, paradójicamente, no se acompaña de mejores indicadores sanitarios es un fuerte ingrediente en el clamor de adoptar conductas racionales con los pacientes.

Por otro lado, el conocimiento es fugaz y la información se multiplica de manera exponencial. El problema actual no radica en la falta sino en el exceso de información y la carencia de los profesionales de herramientas que permitan discriminar qué debe ser leído y qué no.

Del lado de la investigación, desde mediados del siglo XX, ha explotado la investigación clínica por lo que se han generado evidencias en una variedad de patologías.

Del lado de la tecnología, Internet ha posibilitado el acceso a la información a límites insospechados hasta hace no tanto tiempo atrás.

Variabilidad inapropiada, conductas inadecuadas por parte de los médicos, aumento del gasto sanitario sin mejoría en la salud en la misma proporción, la profusión de investigaciones clínicas y el acceso a los resultados han sido los ingredientes que estimularon la difusión de esta herramienta que ha dado en llamarse Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

¿Qué es entonces la Medicina Basada en la Evidencia?

La MBE es la manera de abordar los problemas clínicos utilizando para solucionarlos los resultados originados en la investigación científica. En palabras de sus precursores "es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes" (10).

También podría definirse como la capacidad para acceder a la evidencia científica creciente, evaluar críticamente su validez y utilidad e incorporarla a la práctica clínica. El proceso de practicar la MBE requiere transitar los siguientes pasos (11):

1. Definir el problema del paciente que se pretende resolver. Reconocer el bache en el conocimiento.
2. Realizar una búsqueda eficiente de la literatura y seleccionar los estudios relevantes.
3. Evaluar críticamente aquello que hemos encontrado determinando si cumple criterios de validez a fin de responder en qué medida se puede confiar en esto que se ha leído.
4. Integrarlo con el bagaje de conocimientos, experiencia y contexto para resolver el problema del paciente.

Para cada uno de estos pasos es necesario contar con algunas habilidades.

Para hacerse preguntas, el médico debe reconocer que algo no sabe, que tiene una duda. Esto no es una tarea menor. Identificar los baches en el conocimiento y explicitarlos requiere entrenamiento y un ambiente de trabajo propicio.

La búsqueda eficiente demanda que quien busca tenga conocimientos de las fuentes de información con sus pros y contras y cuente con estrategias de búsqueda eficientes.

Para evaluar validez de los estudios, es necesario contar con herramientas de lectura crítica de trabajos científicos.

La resolución del problema integrando la evidencia requiere reconocer la posibilidad de trasladar los hallazgos a la práctica personal.

Por lo tanto, no se trata de evaluar la evidencia científica sino de detectar y usar la más relevante para prestar a los pacientes una asistencia basada en la mejor evidencia disponible en un momento dado.

Sackett, uno de los padres de la MBE, ha destacado el rol pedagógico de esta herramienta. Cuanto más años hayan pasado desde la graduación y de la residencia de un profesional, el conocimiento puede tornarse obsoleto. La educación continua es una estrategia para evitar este deterioro. La MBE ha mostrado un rendimiento superior a otras estrategias educativas tradicionales ya que permite al médico práctico actualizarse de manera sistemática respondiendo las dudas cotidianas (11).

Los peligros de la Medicina Basada en la Evidencia

Algunos profesionales miran con recelo a la MBE. Quienes tienen una mirada crítica sobre la MBE opinan que la medicina no puede condensarse en un manual de recetas y que existe el peligro potencial de limitar la libertad médica en tanto y en cuanto se admitan conductas evaluadas en estudios clínicos. Este riesgo puede convertirse en amenaza si los sistemas de cobertura emplean la MBE de manera punitiva. Es decir, que se evalúa a los médicos (para sancionarlos) acorde con la adherencia a las recomendaciones surgidas de los trabajos científicos.

La evidencia externa se integra pero jamás reemplaza a la experiencia individual y es esa experiencia

la que finalmente decidirá si la evidencia se aplica al caso individual.

Medicina Basada en la Evidencia, conflictos de interés y ensayos clínicos. Una era compleja en la interpretación de las evidencias

El cambio de escenario en la investigación clínica con un protagonismo creciente de la industria farmacéutica en el diseño y financiamiento de los estudios, ensombrecen el panorama de la MBE y de la confianza que se puede tener en las publicaciones médicas (3).

El protagonismo que la industria farmacéutica ha cobrado en el campo de la investigación clínica, acarrea un doble peligro. Por un lado, la fijación de la agenda queda en gran parte en manos de un actor cuyos intereses no necesariamente están alineados con las necesidades de la sociedad con el riesgo de que cuestiones relevantes queden sin abordar. Por otro, el financiamiento por parte de la industria ha mostrado que puede lograr resultados falsos o exageradamente positivos del medicamento fabricado por quien patrocina la investigación (9).

Este fenómeno, ampliamente documentado, es lo que ha dado en llamarse sesgo de financiamiento. Este sesgo se refiere al hecho de que la fuente de financiamiento es un predictor independiente de resultado "positivo" del estudio (9). Es decir que los estudios financiados por la industria farmacéutica tienen más probabilidad de arrojar resultados positivos que aquellos financiados por fondos provenientes de entidades sin fines de lucro.

Existen diversos mecanismos para lograr esto. Algunos de ellos son: la comparación de una nueva droga contra placebo en casos en que existe tratamiento, comparación contra dosis inadecuadas del fármaco de referencia o en posología errónea; la existencia de cláusulas mordaza en los contratos de investigación, la manipulación de los datos y los análisis "creativos" (2). Existen numerosos ejemplos en los cuales la fuente de financiamiento es fundamental en el resultado del estudio. Uno de ellos es paradigmático. Cuando se evaluaron estudios que comparaban antipsicóticos, se encontró que la superioridad de olanzapina sobre risperidona o de risperidona sobre olanzapina dependía de la fuente de financiamiento del estudio particular (7).

Sin duda, un mecanismo que explica gran parte de este sesgo es la no publicación selectiva de los resultados que no favorecen a la droga en la que la industria tiene interés.

La bibliografía nos abruma con el relato de situaciones en las que la no publicación afectó dramáticamente el conocimiento de la comunidad médica sobre un fármaco.

El caso de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) es vergonzosamente aleccionador (13). Existen varias publicaciones que han dado cuenta de la no publicación selectiva de

ensayos con esta familia de drogas. La mayor parte de los estudios que demostraban eficacia de los IRS fueron publicados mientras que una menor proporción de los estudios “negativos” vieron la luz.

El último ejemplo fue el de la reboxetina (12). Existían varios ensayos publicados que comparaban eficacia y seguridad de reboxetina frente a placebo y a IRS con resultados favorables a la reboxetina. Sin embargo existían indicios acerca de que se habían realizado más ensayos que no se habían publicado. Una revisión promovida por el Instituto para la Calidad y la Eficiencia de la Asistencia Sanitaria de Alemania se fijó dos objetivos. Uno, el de establecer los beneficios y riesgos de la reboxetina frente a placebo y otros IRS en el tratamiento agudo de la depresión. El otro, fue medir el impacto del sesgo de publicación en los ensayos con reboxetina.

Después de no pocos obstáculos puestos por el laboratorio desarrollador de la molécula (Pfizer), los autores lograron reunir todos los datos de los ensayos publicados y no publicados. Encontraron que los publicados dejaban afuera al 75% del total de los pacientes que habían participado en los ensayos.

La revisión concluyó que la Reboxetina es, en principio, un antidepresivo poco eficaz e inseguro. Y sobre todo, que la evidencia previamente publicada estaba muy afectada por el sesgo de publicación, lo que subraya la necesidad de regular la obligatoriedad de publicar los datos de ensayos clínicos

Reflexiones finales

Sin duda, la MBE es una poderosa herramienta de actualización para los médicos y otros profesionales de la salud. Su práctica implica hacernos preguntas y reflexionar sobre lo que desconocemos, poner en

duda nuestros saberes y horizontalizar las relaciones entre profesionales relativizando el criterio de autoridad.

Emplear esta herramienta permite optimizar el poco tiempo que disponemos para leer priorizando la lectura de aquellos tópicos vinculados con los problemas cotidianos. Trabajar con MBE ayuda a discriminar qué debe ser leído y qué no. Y cómo interpretar los hallazgos de la investigación. Practicar la MBE implica adaptar la evidencia al medio e integrarla con la experiencia y las preferencias de los pacientes. He aquí las luces.

Sin embargo, hay sombras en este escenario. La más importante se vincula con quién genera la evidencia. Y en este sentido, el protagonismo de la industria farmacéutica es preocupante. Este protagonismo puede desviar las preguntas de investigación relevantes a preguntas centradas en la eficacia de fármacos que, muchas veces, son novedades y no avances. Además, diversos mecanismos explican cómo logra la fuente del financiamiento generar resultados favorables al fármaco de interés.

El problema es complejo y las soluciones también lo son. El registro obligatorio de los ensayos clínicos, las regulaciones acerca de qué resultados deben publicarse y cómo debe realizarse esta publicación constituyen iniciativas interesantes, pero insuficientes.

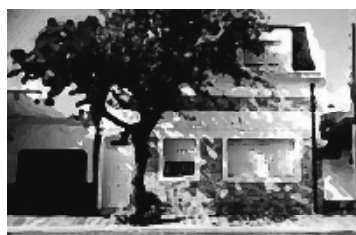
Estados, agencias reguladoras, editores de revistas y suscriptores deben imaginar soluciones creativas para evitar que la investigación toda quede sospechada de parcialidad. El conocimiento de la magnitud del conflicto de interés es necesario pero no suficiente para alertar al lector.

Las sombras son sólo eso y no deberían, por ahora, invalidar el empleo de una herramienta que, empleada con prudencia y sentido común resulta muy valiosa ■

Referencias bibliográficas

1. ACCORD Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358: 2545-2559.
2. Als-Nielsen B, Chen W, Gluud C, Kjaergard LL. Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events? *JAMA* 2003; 290 (7): 921-8.
3. Dickersin K, Min YI, Meinert CL. Factors influencing publication of research results: follow-up of applications submitted to two institutional review boards. *JAMA* 1992; 263: 374-8.
4. Doval H, Tajer C. Evidencias en Cardiología V. Buenos Aires, Ediciones GEDIC, 2008.
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
6. Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, Härter M, Kromp M, Kaiser T, et al. Reboxetine for acute treatment of

- major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. *BMJ* 2010; 341: c4737.
7. Heres S, Davis J, Maino K, Jetzinger E, Kissling W, Leucht S. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (2): 185-94.
 8. Lee IM, Cook NR, Manson JE, Buring JE, Hennekens CH. Beta-carotene supplementation and incidence of cancer and cardiovascular disease: the Women's Health Study. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91 (24): 2102-6.
 9. Ridker PM, Torres J. Reported outcomes in major cardiovascular clinical trials funded by for-profit and not-for-profit organizations: 2000-2005. *JAMA* 2006; 295: 2270-4.
 10. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
 11. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. Evidence-based Medicine. How to practice & teach EBM. New York, Churchill Livingstone, 1997.
 12. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, et al. Clinical Epidemiology. A basic science for clinical medicine. 2nd ed. Boston, Little, Brown and Company, 1991.
 13. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252-260.
 14. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004; 363: 1341-5.



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

¿Qué es la “Evidencia” en la Psiquiatría?

Mona Gupta

MD CM, FRCPC, PhD

Psiquiatra, Profesora del Colegio de Mujeres del Hospital, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Toronto

E-mail: mona.gupta@utoronto.ca

I. Introducción

La medicina basada en evidencia es un concepto que ha llegado a dominar la bibliografía médica durante los últimos veinte años.¹ Desarrollada a comienzos de la década de 1990 en la Universidad McMaster, la MBE capturaba un principio simple e irresistible: que el conocimiento médico y la toma de decisiones clínicas

Resumen

La Medicina Basada en Evidencia (MBE) es un concepto que ha dominado la literatura médica a lo largo de los últimos veinte años. Desarrollado al principio de los '90 en la Universidad de McMaster, en Canadá, la MBE capturó un principio simple y atractivo: que las decisiones clínicas deberían estar basadas en los hallazgos más actuales y rigurosamente generados por la investigación. El mismo principio se ha aplicado en el desarrollo de la psiquiatría basada en la evidencia. Sin embargo, numerosos académicos han señalado problemas epistemológicos en los conceptos de la MBE y han enfatizado modos en los que factores sociales pueden influir y distorsionar la generación, interpretación y divulgación de los datos de la investigación orientada a la MBE. Estas cuestiones pueden ser más problemáticas en la psiquiatría en comparación con otras especialidades. Es más, como este trabajo discute, puede haber otros tipos de datos excluidos por la MBE que son esenciales para la práctica psiquiátrica. La validez de estos datos ha sido investigada empíricamente sólo rara vez. En una era en la cual la práctica de la psiquiatría basada en evidencia tiende a ser considerada como “buena práctica”, el desarrollo de una comprensión amplia de qué es lo constituye evidencia en psiquiatría -más que la versión más estrecha propuesta por la MBE- es una prioridad. Este trabajo constituye un esfuerzo inicial para desarrollar una versión más amplia y defendible de la evidencia en psiquiatría.

Palabras clave: Evidencia - Psiquiatría basada en evidencia - PBE - Fenómenos.

WHAT IS 'EVIDENCE' IN PSYCHIATRY?

Summary

Evidence-based medicine (EBM) is a concept that has come to dominate the medical literature over the last twenty years. Developed in the early 1990s at McMaster University in Canada, EBM captured a simple and compelling principle -that clinical decision-making should be based on the most up to date, rigorously generated research findings.

The same principle has been applied in the development of evidence-based psychiatry. However, numerous scholars have pointed out epistemological problems in EBM's concept of evidence and have highlighted ways in which social factors can influence and distort the generation, interpretation and dissemination of EBM-preferred research data. These issues may be more problematic in psychiatry as compared to other medical specialties. Furthermore, as this paper argues, there are other kinds of data excluded by EBM that are essential to psychiatric practice. The validity of these data have been investigated empirically only rarely. In an era in which evidence-based psychiatric practice is becoming synonymous with “good” practice, developing a comprehensive understanding of what constitutes evidence in psychiatry -rather than the narrower version allowed by EBM- is an urgent priority. This paper represents an initial effort to develop a defensible, broader version of psychiatric evidence

Keywords: Evidence - Evidence-Based Psychiatry - EBM - Phenomena.

¹ En este artículo, cuando me refiero a la MBE, me remito a la descripción programática expuesta en los dos libros de textos autorizados: *Medicina basada en evidencias: cómo practicar y enseñar MBE* (Straus y cols.) y la *Guía del usuario a la Bibliografía Médica* (Guyatt y cols.).

debían estar basadas, tanto como fuera posible, en los más recientes y rigurosos hallazgos de investigación producidos, articulados como "evidencia". La idea de que la práctica debería estar respaldada tanto como sea posible por datos de investigación ha recibido una aprobación particularmente entusiasta por parte de los psiquiatras. Los defensores de una aproximación a la psiquiatría basada en evidencia piensan que si la práctica es impulsada por evidencias científicas, en lugar de las prácticas y teorías intuitivas características de eras pasadas, habrá un mayor potencial para tratar en forma exitosa a los pacientes. Esto, a su vez, solidificará la posición de la psiquiatría como una especialidad médica legítima.

La MBE se define como "... el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones en el cuidado de pacientes individuales" (5) donde la evidencia es definida como "cualquier observación empírica" (6). Para determinar qué datos de investigación serán la "mejor evidencia", la MBE se basa en la "jerarquía de evidencia": una clasificación no-exhaustiva de métodos de investigación clínicos comúnmente utilizados que van de aquellos con mayor a menor probabilidad de producir información válida. Cómo o si los métodos no mencionados en la jerarquía deben ser tomados en consideración, es algo que no se especifica en los libros de texto autorizados sobre MBE. La psiquiatría basada en evidencia es el resultado de la aplicación directa de los principios de la MBE a la psiquiatría. En consecuencia, conceptos tales como la jerarquía de evidencia se aplican igualmente a la investigación psiquiátrica como lo hacen a la investigación de cualquier otra especialidad médica.

El concepto de evidencia en la MBE (y en la psiquiatría basada en evidencia) se encuentra subrayado por compromisos filosóficos específicos acerca de qué tipos de fenómenos clínicos son compromisos reales y éticos hasta qué tipos de fenómenos clínicos vale la pena capturar. Estos incluyen fenómenos que son objetivamente verificables por medio de la observación directa, o mediante el uso de tecnologías diseñadas para demostrar los correlatos anatómicos de los estados clínicos (como el diagnóstico por imágenes). Además, como ocurre con la medicina en general, la MBE concibe los signos clínicos y síntomas como formas específicas de disfunción *en un individuo*, por lo tanto, los métodos de investigación clínicos son principalmente útiles para capturar los cambios físicos particulares.

La psiquiatría, en contraste, está principalmente interesada en los fenómenos complejos de toda la persona que carecen de los correlatos anatómicos directos característicos de otras ramas de la medicina. Estos fenómenos pueden ser expresados y discernidos en formas complejas aparte de, o en adición a,

los signos y síntomas clínicos. Por ejemplo, el "sentimiento precoz", descrito por primera vez en 1941 por el psiquiatra holandés H.C. Rümke es reflejo de "un proceso diagnóstico intuitivo" llevado a cabo por el psiquiatra que se encuentra con un paciente con esquizofrenia (3). Este fenómeno se refiere a la forma en que se siente el psiquiatra en presencia de alguien que tiene esquizofrenia. Refleja el estado clínico del paciente, pero la evidencia de este estado es experimentada por el psiquiatra. Mientras que el concepto de "sentimiento precoz" ha sido transmitido a generaciones de psiquiatras en entrenamiento, casi no hemos invertido ningún esfuerzo empírico en comprenderlo. Como resultado, sabemos poco acerca de si es correcto al realizar un diagnóstico de, o al tratar, esquizofrenia. Fenómenos tales como el sentimiento precoz pueden constituir importantes formas de evidencia aunque, dada la actual construcción de la jerarquía de evidencia, el método tácito para generar este tipo de información sería excluido como fuente válida de evidencia. En cambio, los métodos de investigación preferidos por la MBE se focalizan casi exclusivamente en los cambios de la sintomatología individual, a menudo cambios de conducta, en lugar de los cambios experimentales o interpersonales.

En este artículo, demostraré que la MBE conduce a la psiquiatría hacia una versión innecesariamente estrecha de lo que entendemos por evidencia a la luz de los complejos trastornos que preocupan a la psiquiatría. Existen numerosos fenómenos, más allá de los cambios en la sintomatología individual, que constituyen evidencia para la psiquiatría, incluyendo: los sentimientos del psiquiatra, la acciones del psiquiatra en respuesta a los encuentros clínicos y las experiencias intersubjetivas. En este artículo argumentaré que a pesar de los desafíos en la verificación objetiva de estos fenómenos, estos podrían ser potenciales candidatos a evidencia y no deben ser abandonados sólo porque no se adecuan a la construcción de evidencia de la MBE. En una era en la que la práctica de la psiquiatría basada en evidencia se está convirtiendo virtualmente en un sinónimo de "buena" práctica, desarrollar una comprensión exhaustiva de lo que constituye evidencia para la psiquiatría es una prioridad urgente. Y dado que la psiquiatría está principalmente interesada en los fenómenos complejos de toda la persona, tiene mucho para ofrecer al resto de la medicina en la producción de una conceptualización más rigurosa de la evidencia clínica. Este artículo representa un esfuerzo inicial por desarrollar una versión defendible y más amplia de evidencia clínica.

II. Supuestos y limitaciones de la evidencia en la MBE

Aunque la evidencia en la MBE es definida como

“cualquier observación empírica” (6), esta definición queda más especificada por la jerarquía de la evidencia²:

- Ensayo clínico N-de-1 aleatorizado y controlado.
- Revisiones sistemáticas de ensayos aleatorizados.
- Ensayo clínico aleatorizado único.
- Revisión sistemática de los estudios de observación referidos a los resultados de pacientes importantes.
- Estudio de observación único referido a los resultados de pacientes importantes.
- Estudios fisiológicos.
- Observaciones clínicas no sistemáticas.³

Esta sección discutirá algunos de los supuestos y limitaciones de la evidencia preferida por la MBE y su impacto en la investigación psiquiátrica.

1. Supuestos

A pesar de la definición amplia de evidencia, la jerarquía deja en claro que algunos tipos de observaciones empíricas poseen mayor validez, y por lo tanto mayor valor, que otras para la práctica médica. La razón fundamental para estrechar la definición es que algunos métodos producen resultados más fidedignos que otros tipos de métodos. Aunque la jerarquía ha sido aplicada a muchas especialidades médicas, incluyendo la psiquiatría, fue ideada en gran parte por especialistas en medicina interna⁴. Como resultado, refleja ciertos supuestos acerca de las condiciones médicas y sus tratamientos que pueden o pueden no aplicarse a los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, en la medicina interna: 1) los grupos de pacientes a menudo pueden ser definidos diagnósticamente, con precisión, de acuerdo a un parámetro (por ej. para la hipertensión, uno puede determinar con tanta precisión como lo permite el instrumental cuál será la presión sanguínea de un paciente), 2) las condiciones pueden ser tratadas con agentes individuales y farmacológicos, y 3) los cambios producidos por estos agentes pueden a menudo ser medidos cuantitativamente y en forma rápida, poco después del comienzo del tratamiento. Como resultado, los trastornos y los tratamientos que se ajusten a estos presupuestos serán estudiados enseguida por los métodos preferidos de la jerarquía.

Los académicos han presentado varios argumentos que cuestionan si estos supuestos no son aplicados con demasiada rapidez a la psiquiatría basada

en evidencia (17, 20). Una escuela de pensamiento acepta la teoría de la MBE pero cuestiona la aplicabilidad clínica de los resultados generados por los métodos de investigación preferidos por la MBE. De acuerdo a esta línea de pensamiento, la mayoría de los estudios de investigación no reflejan las verdaderas condiciones psiquiátricas, pacientes y estrategias de tratamiento lo suficiente como para que los resultados sean clínicamente útiles. Por ejemplo, los pacientes involucrados en ECACs de psiquiatría habitualmente tienen un trastorno específico (depresión), a diferencia de los pacientes en la práctica real que comúnmente presentan síntomas de muchos trastornos superpuestos (por ej., depresión, ansiedad, abuso de sustancias). El seguimiento en los estudios de investigación, en particular en los ECACs de agentes farmacéuticos, es con frecuencia de corto plazo (semanas) mientras que el verdadero tratamiento de trastornos mentales es usualmente de largo plazo (años) puesto que estos trastornos son en la mayoría de los casos, o bien crónicos, o reinicidentes o remitentes. Los tratamientos actuales son usualmente multi-modales, incluyendo una combinación de estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitativas, mientras que en los ECACs, los estudios tienden a evaluar un tratamiento, habitualmente el farmacológico, a la vez. En consecuencia para algunos autores, la evidencia de tipo MBE *puede* ser útil siempre y cuando los estudios de investigación sean cuidadosos de que los presupuestos acerca de los trastornos y tratamientos no sean aplicados en forma inapropiada.

Una segunda escuela de pensamiento introduce una crítica más fuerte contra la evidencia del tipo MBE que la anterior. De acuerdo a este punto de vista, no es solamente que los ECACs necesiten reflejar la realidad clínica de la práctica psiquiátrica para ser útiles. Más bien, la estructura narrativa y el significado de la experiencia personal son componentes esenciales de la convivencia con un trastorno mental y el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos mentales. Dichos aspectos de la enfermedad mental se resisten a ser mensurados cuantitativamente, al menos en la forma en que la MBE asume que es posible (10). Así, los métodos ideados para capturar los fenómenos de este modo pueden no capturar necesariamente lo que los pacientes experimentan con sus trastornos y en su terapia.

Una última escuela de pensamiento desafía el presupuesto de que los ensayos clínicos en la psiquiatría *puedan* conformarse a las demandas metodológicas de la MBE. Los ECACs requieren un pro-

² La jerarquía aquí presentada es la jerarquía de evidencia para los estudios de tratamientos pues estos son los tipos de estudios llevados a cabo con mayor frecuencia en psiquiatría.

³ Esta jerarquía se encuentra regularmente bajo revisión y en desarrollo por otros autores. Por ejemplo, véase: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

⁴ Todos los autores principales de la actual Guía del Usuario y tres de los cuatro autores de MBE son internistas de formación.

nóstico de grupos de pacientes homogéneos para que los cambios en el tiempo puedan ser relacionados con la intervención bajo estudio en lugar de con las variaciones de la enfermedad. A diferencia de muchos trastornos médicos que pueden ser definidos con relación a un parámetro, la naturaleza sindrómica de los diagnósticos psiquiátricos hace que este requerimiento sea prácticamente imposible de cumplir debido a que no es claro cómo los pacientes que cumplen con el umbral de síndromes diagnósticos, pero que poseen varios grupos de síntomas, difieren unos de otros (4, 15).

2. Limitaciones

Como la psiquiatría basada en evidencia ubica al ECAC, o a las evaluaciones sistemáticas de ECACs, en lo más alto de la jerarquía de evidencias, privilegia la información sobre agentes farmacéuticos sobre otros tipos de datos. El método del ECAC es más fuerte cuando intenta capturar el efecto casual de las intervenciones farmacéuticas en lugar de intervenciones complejas tales como la psicoterapia o la rehabilitación. No obstante, en la psiquiatría, a diferencia de lo que sucede con muchas otras ramas de la medicina, los tratamientos de rehabilitación o de psicoterapia son empleados rutinariamente en el cuidado de pacientes. No existen patrocinadores obvios para los estudios con respecto a su efectividad, y los métodos preferidos de investigación de MBE pueden o pueden no ser adecuados para capturar el efecto de intervenciones complejas. Como resultado, hay relativamente muchos menos estudios de terapias no farmacéuticas. La psiquiatría basada en evidencia, por lo tanto, puede tener el efecto de marginalizar a clases enteras de tratamientos psiquiátricos.

Muchos autores han mostrado su preocupación acerca del impacto de la fuente de financiación en los resultados de los ECACs y el potencial que posee la fuente de financiación para distorsionar la evidencia generada por estos ensayos (18, 19). La mayoría de los ensayos clínicos de agentes farmacéuticos en psiquiatría son financiados por la industria (11) y su propósito es obtener una aprobación regulatoria en lugar de una evaluación científica (8). La reciente controversia acerca de la efectividad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ilustra la influencia perniciosa que la MBE puede tener -en conjunción con los patrocinadores de la industria- en la evidencia psiquiátrica. Turner y sus colegas han argumentado que cuando uno considera el conjunto de datos totales en lugar de lo que se encuentra disponible en la bibliografía publicada (casi toda la cual fue patrocinada por la industria), el tamaño

del efecto de la medicación antidepresiva disminuye dramáticamente (24). Similarmente, al contemplar todos los datos, en lugar de lo que está disponible en la bibliografía publicada, Kirsch y colegas mostraron que no hay una diferencia clínica entre cuatro medicamentos antidepresivos y placebo excepto posiblemente para los pacientes más severamente deprimidos (12). Tomado en conjunto, este trabajo reciente reafirma el sorprendente comentario de Marcia Angell (ex editora del *New England Journal of Medicine*): "Sencillamente ya no es posible creer en mucha de la investigación clínica que se publica, o confiar en el juicio de los médicos de confianza o las guías médicas autorizadas" (1). Si adherimos a los dictados de la MBE y ponemos la máxima atención a la parte más alta de la jerarquía de evidencia⁵ -los ECACs publicados y las evaluaciones sistemáticas de estos ECACs- ¿estamos focalizándonos en datos científicos de alta calidad o estamos ignorando la mayor parte de la evidencia potencial? Este argumento no es exclusivo para la psiquiatría, pero se desarrolla de manera muy particular en este campo dado que existen otras clases potencialmente efectivas de intervenciones.

Como resultado de estas presuposiciones y limitaciones, la MBE focaliza nuestra mirada en fundamentos limitados y de base en evidencias. Aún así, en psiquiatría hacemos uso de una gran cantidad de datos que no están priorizados o siquiera incluidos en la jerarquía de evidencias. La siguiente sección argumentará que pueden existir buenas razones para creer que algunas de estas formas alternativas de datos son clínicamente importantes, útiles y que deben ser estudiadas aunque no se condigan con la versión más limitada de evidencia de la MBE.

III. La evidencia en la psiquiatría

En la práctica de la psiquiatría, rutinariamente encontramos fenómenos que no son centrales para otras especialidades. Éstos incluyen las alteraciones de la conciencia, de la percepción, del pensamiento y de la conducta. Algunas de estas alteraciones están relativamente bien comprendidas, son comúnmente enseñadas y son fiablemente observadas por terceras partes tales como las alucinaciones táctiles en el delirio. Otros fenómenos son complejos e interaccionales como la amenaza de daño autoinfligido a menos que se satisfagan ciertas necesidades. Para comprender con exactitud los problemas de los pacientes e intervenir apropiadamente, debemos estar alerta a estos fenómenos y ser capaces de comprenderlos. En consecuencia, además de los datos generados por los métodos de investigación clínicos listados en la jerarquía

⁵ De hecho, los patrocinadores de la MBE alientan a los profesionales a utilizar recursos que eliminan un paso de los ECACs ofreciendo ECACs pre-resumidos en lugar de dejar esta tarea al lector.

de evidencia, en la práctica psiquiátrica, debemos basarnos en una variedad de fuentes de evidencia, incluyendo:

- Afirmaciones verbales (de los pacientes, de otras personas significativas, u otros profesionales de la salud que asisten al paciente).
- Testimonios escritos (las observaciones documentadas por otros).
- La comunicación expresiva (arte, diario personal, etc.).
- Sentimientos en el médico.
- Acciones por parte del médico.
- Experiencia intersubjetiva.
- Acciones por parte del paciente.

No es muy claro si o cómo se le da consideración a estos tipos de evidencia en la MBE. Sin embargo, el fracaso al advertir o comprender estos fenómenos puede conducirnos a diagnósticos, pronósticos o evaluaciones de respuesta al tratamiento desacertadas, y podemos implementar o interrumpir intervenciones en forma inapropiada como resultado. Considere a una paciente que padece la enfermedad de Crohn y que sabotea su autogestión comiendo alimentos que sabe que le provocarán molestias gastrointestinales y diarrea. Podemos entender que carece del conocimiento acerca de la dieta correcta y derivarla a un dietético. O podemos adscribir esta conducta a una falta de motivación para el tratamiento y dar término al mismo. O podemos intentar comprender el auto-sabotaje como una metáfora de su sentimiento de que no merece atención médica. El fenómeno de auto-sabotaje es *evidencia de algo* y si no lo consideramos de esta forma, podemos fracasar en dar una respuesta apropiada y acertada.

En esta sección, exploraré dos ejemplos clínicos en los cuales la relación entre médico y paciente está siendo afectada -en el primer caso a causa del estilo de interacción del paciente con sus citas y, en el segundo caso, a causa de los sentimientos del médico hacia el paciente. En ambos ejemplos, evidencia crucial que puede afectar el cuidado clínico: diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se encuentran fuera de la jerarquía de evidencia.

1. Necesidad de ayuda y rechazo de la ayuda

La Sra. A. es una paciente con un trastorno de depresión mayor con psicosis. Realizó una tentativa de suicidio seria por sobredosis pero afortunadamente fue encontrada a tiempo por su hermano. Después de este intento, fue admitida en un hospital por tres semanas donde fue tratada con medicación antidepresiva y antipsicótica. Es dada de alta a su clínica de cuidados para seguimiento en un estado estable pero de remisión parcial, queriendo significar que sigue experimentando estados de ánimo depresivos con algunos síntomas neurovegetativos. También

presenta algunas preocupaciones somáticas relacionadas con sus delirios psicóticos previos. Ella se presenta a las citas con usted regular y puntualmente. Usted realiza varias recomendaciones de tratamiento adicionales durante el curso de las próximas pocas entrevistas incluyendo un programa de grupo, aumento de los antidepresivos, ajustes de dosis de la medicación antipsicótica y algo de asistencia ocupacional con miras a un posible regreso al trabajo. Típicamente, ella escucha sus sugerencias, las considera, formula una serie de preguntas pero luego rechaza cada una. Ella sigue fijando entrevistas con usted. Usted ya no tiene nada más que sugerir en términos de tratamientos disponibles y potenciales. Ella no tiene pedidos adicionales de tratamiento y, de hecho, desea ir disminuyendo su medicación.

A fin de determinar cómo responder mejor a este escenario clínico, uno debe comprender por qué ella sigue fijando entrevistas con usted cuando no desea seguir ninguno de los tratamientos recomendados. La MBE puede ser capaz de decir algo acerca de la efectividad del tratamiento en pacientes con el mismo diagnóstico, pero como ilustra este ejemplo, es improbable que éstos sean aceptados por el paciente. No hay evidencia preferida por la MBE que pueda ayudar a comprender esta conducta.

Los defensores de la MBE pueden considerar este tipo de pregunta: ¿Por qué está esta paciente fijando repetidas entrevistas cuando no quiere el tratamiento? -una pregunta de "antecedentes". De acuerdo a la MBE, las preguntas de antecedentes se dedican a la comprensión de la fisiología normal y la fisiología anormal en condiciones de enfermedad específicas (o en este caso de psicología normal o anormal) mientras que una pregunta de primer plano está diseñada para resolver un problema particular que se presenta al proporcionar cuidado clínico en casos específicos. Por ejemplo, "¿Qué es la diabetes mellitus?" es un ejemplo de una pregunta de antecedente (7). En respuesta a esta pregunta, existe una definición aceptada de la condición y una teoría destacada acerca de por qué alguien desarrolla la enfermedad. Uno puede aplicar esta teoría a un paciente con diabetes mellitus. Aunque es cierto que pueden existir muchas teorías psicológicas que pueden explicar por qué hay personas que fijan entrevistas cuando no desean recibir tratamiento, no hay una sola teoría que sea necesariamente aceptada o aplicable en el caso de ella. En cambio, existen varias hipótesis: ella es psicótica y piensa que si no viene a verlo, usted la lastimará; ella se siente sola y verlo le proporciona contacto social; ella puede tener un apego inseguro en el cual ella teme y desea la cercanía de los otros. Estas tres posibilidades (entre muchas otras) requieren respuestas muy diferentes por parte del psiquiatra y la respuesta tiene el potencial de ser terapéutica o perjudicial. Para ser capaz de ofrecer una respuesta terapéutica, uno debe buscar evidencia para confir-

mar o refutar las distintas hipótesis acerca de este patrón de fijación de entrevistas. La evidencia en este caso puede incluir sus afirmaciones, las afirmaciones de otros médicos acerca del patrón de ella con ellos, cómo uno se siente en su presencia, cómo se presenta ella a usted (parece comprometida y sonriente o evitativa y retraída). E incluso cuando uno sabe la "razón" por la cual fija entrevistas, la respuesta terapéutica óptima deberá ser afinada para cualquier interacción médico-paciente, porque no todos los pacientes que quieren entrevistas a causa de soledad se beneficiarán con la misma respuesta. Por lo tanto, la pregunta de cómo proporcionar el "mejor cuidado"⁶ en este caso específico depende de la respuesta a la pregunta de por qué ella se entrevista con usted y cómo responde a usted. Esta última pregunta no es una pregunta de antecedentes, sino una pregunta de primer plano acerca de un problema específico que requiere que el médico busque una clase de evidencia no considerada por la jerarquía de evidencia.

2. El paciente favorito

El Sr. M. es un paciente de 27 años de edad que lo consulta por el tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada. Ha conseguido exitosamente una remisión parcial con mediación antidepresiva. Usted complace de buena gana sus solicitudes clínicas: por ej., para nuevas entrevistas cuando debe ausentarse a una debido al trabajo o aceptando renovar su medicación por teléfono. Usted no hace estas cosas por otros pacientes. Él no se encuentra en peor estado que sus otros pacientes.

Cómo y cuándo un psiquiatra es accesible es un parámetro que probablemente afecte al tratamiento aún cuando no es formalmente considerado el tratamiento en sí mismo. La respuesta diferencial al Sr. M indica sus sentimientos de preferencia hacia él. *Estos sentimientos* son evidencia de alguna clase de fenómeno interpersonal que tiene lugar entre psiquiatra y paciente. Uno puede encontrar que trabajar con este paciente es intelectualmente más estimulante que trabajar con los otros; él puede ser mucho más agradable o simpático que otros pacientes, o él puede evocar en usted los sentimientos positivos que usted experimentaba por otra persona en su vida. Dependiendo de lo que los sentimientos evidencien, pueden ser de importancia suficiente como para alterar el curso del tratamiento. Por ejemplo, si usted estuviese comportándose en forma diferente con este paciente porque le agrada más que sus otros pacientes, sus sentimientos de preferencia pueden conducirlo a minimizar ciertos síntomas o quejas. Él puede decirle que ha sido objeto de una evaluación pobre por parte de su jefe que él atribuye a una concentración deficiente e irritabilidad. Sus senti-

mientos de preferencia hacia él pueden conducirlo a pensar erradamente que su jefe no es razonable en lugar de que esto se erija como un problema clínico. Existen algunos datos limitados que sugieren que los miembros de la familia (personas hacia las cuales tenemos sentimientos de preferencia) reciben peor en lugar de mejor cuidado (13, 14).

El abordaje de la MBE a este tipo de pregunta puede ser considerar los sentimientos de preferencia como el diagnóstico potencial de algún otro fenómeno. Los sentimientos de preferencia deben ser entonces investigados como una herramienta de diagnóstico en términos de su sensibilidad y especificidad para identificar un fenómeno específico. Sin embargo, como se ha discutido más arriba, los sentimientos de preferencia pueden indicar varios fenómenos. Por lo tanto, su potencial como herramienta para aislar un diagnóstico específico es poco probable. Pueden indicar que *existe* un fenómeno interpersonal, pero no decir cuál de ellos. No podemos recolectar evidencia de estos sentimientos, o evidencia de su capacidad para el diagnóstico, a través de los métodos de investigación preferidos por la MBE. Identificar y comprender estos sentimientos requiere una combinación de auto-contemplación de las conductas de la práctica propia y reacciones a los pacientes así como capacidad de atención a las reacciones emocionales propias.

IV. Evidencia psiquiátrica en lugar de psiquiatría basada en evidencia

En los dos ejemplos precedentes, los defensores de la MBE podrían argumentar que existen formas de investigar los fenómenos de acuerdo a los principios de la MBE. En el segundo ejemplo, podríamos preguntar: "¿son los sentimientos de preferencia del psiquiatra diagnósticos?", y, si es así, "¿qué tan precisos son?" o "¿son los sentimientos de preferencia del psiquiatra un pronóstico del problema del paciente?" o "¿los sentimientos de preferencia del psiquiatra afectan el resultado del tratamiento?". Sin embargo, los métodos preferidos por la MBE no serán de gran asistencia en la investigación de estos interrogantes por dos razones. Primero, el enfoque de la MBE necesariamente examina los fenómenos por grupo. Algunos autores han cuestionado la aplicabilidad de datos basados en grupos en individuos aún en los ensayos farmacéuticos (2, 16, 22). El mismo argumento puede hacerse en psiquiatría donde las especificidades de las motivaciones, las intenciones y las interacciones son potencialmente influyentes en materia de diagnóstico, pronóstico y tratamiento y sin embargo serán necesariamente ignoradas en la investigación basada en grupos preferida por la MBE.

⁶ Existen otros aspectos vinculados al "mejor" cuidado que son éticos en lugar de basados en evidencia. Cómo el médico responde también puede depender de los recursos disponibles, las obligaciones hacia otros pacientes, etc.

Segundo, el enfoque de la MBE, y el modelo médico en forma más general, establece que el problema que se presenta está dentro del individuo. Sin embargo, como ambos ejemplos muestran, los problemas también pueden existir en díadas (y en efecto en grupos de múltiples personas tales como familias u organizaciones). Un método científico orientado hacia la caracterización de psicopatologías individuales no contemplará las formas en que la psicopatología puede descansar en una relación, y no tanto en un individuo. La atención hacia los tipos de evidencia discutidos en este artículo también tiene aplicación fuera de la psiquiatría. Los estados tales como los de "incumplimiento" con el tratamiento médico o ser un paciente "difícil" en una sala de cirugía pueden ser más inteligibles mediante el estudio cuidadoso de los sentimientos y las interacciones individuales y diádicas.

¿Cuál es entonces la alternativa al enfoque de la MBE en la investigación de fenómenos, en particular en la psiquiatría? Sus defensores han argumentado que la psiquiatría basada en evidencia es el mejor antídoto contra las observaciones anecdóticas, defectuosas y perjudiciales de la práctica pasada (21). Sin embargo, Heinrichs ha sostenido convincentemente una "ciencia del individuo" en la cual sea posible comprometerse en el estudio cuidadoso de sentimientos, pensamientos y acciones específicos (9). Él

sostiene que las normas de dicho estudio necesitan adecuarse a las normas de la buena ciencia y que la MBE no es el único ejemplo de buena ciencia.

En este artículo he argumentado que la MBE ofrece a la psiquiatría un desafío contradictorio: por un lado, que sea rigurosa y por el otro, que aplique los principios de la MBE, incluyendo la jerarquía de evidencia. Si los psiquiatras desean ser rigurosos en sus caracterizaciones de los fenómenos clínicos, debemos dar un paso al costado de los estrechos confines de la evidencia de la MBE que excluye evidencia clínicamente significativa para la psiquiatría. Lo que hace falta en este punto de la evolución de la psiquiatría basada en evidencias es un proyecto de reconstrucción que haga justicia a la pluralidad de la evidencia psiquiátrica y a los buenos métodos científicos. Tonelli ha dado comienzo a esta obra filosófica al abogar por una mirada más amplia en lo que constituye una garantía para la creencia en la práctica clínica y cómo deberemos sopesar las diferentes garantías unas con otras al momento de la toma de decisión clínica (23). La psiquiatría, de todas las especialidades médicas, tiene un importante rol que desempeñar en la cartografía de la evidencia clínica, dada la naturaleza de sus fenómenos de mayor preocupación. Si los psiquiatras fracasan al enfrentar este desafío corremos el riesgo de comprometernos con una versión empobrecida del cuidado clínico ■

Referencias bibliográficas

1. Angell M (2009). Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption. *The New York Review of Books* 56, n°. 1. Disponible en: <http://www.nybooks.com/articles/22237> (acceso: 30 de septiembre de 2010).
2. Charlton BG. Fundamental deficiencies in the megatrial methodology. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine* 2001; 2: 2-7. doi: 10.1186/CVM-2-1-002.

3. Grube M. Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'praecox feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology* 2006; 39 (5): 209-17.
4. Gupta M. Does evidence-based medicine apply to psychiatry? *Theor Med Bioeth* 2007; 28: 103-120.
5. Guyatt G, Rennie D. Glosario. En: Guyatt G et al. User's guide to medical literature. Chicago: AMA Press; 2002. P. 665-694.
6. Guyatt G, Haynes B, Jaeschke R, Meade MO, Wilson M, Montori V y Richardson S. The philosophy of evidence-based medicine. En: Guyatt G, Rennie D. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 9-16.
7. Guyatt G, Meade MO, Richardson S, Jaeschke R. What is the question? En: Guyatt G, Rennie D. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 18.
8. Healy D. Evidence biased psychiatry? *Psychiatric Bulletin* 2001; 25: 290-291.
9. Heinrichs D. Medicina basada en evidencia y la lógica del método clínico. Manuscrito no publicado, presentado en la *Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry annual meeting*, New Orleans, Mayo 22, 2010.
10. Holmes J. Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? *J Med Ethics* 2000; 26 (6): 92-6.
11. Kelly RE, Cohen LJ, Semple RJ, Bialer Ph, Lau A, Bodenheimer A, et al. Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Med* 2006; 36 (11): 1647-56.
12. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressants benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine* 2008; 5 (2) (Feb): e45.
13. Kubak BM. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? *West J Med* 2000; 173 (6): 364.
14. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. *N Eng J Med* 1991; 325 (18): 1290-4.
15. Maier T. Evidence-based psychiatry: understanding the limitations of a method. *J Eval Clin Pract* 2006; 12 (3): 325-9.
16. Norman GR. Examining the assumptions of evidence-based medicine. *J Eval Clin Pract* 1999; 5: 139-147.
17. Oakley-Browne, M.A. 2001. MBE en la práctica: Psiquiatría. *The Medical Journal of Australia* 174 (8) (16 de Abril): 403-4.
18. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y, Hwang C, Joseph M, Nierenberg AA. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of medical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1957-60.
19. Schott G, Pacht H, Limbach U, Gundert-Remy U, Ludwig W, Lieb K. Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen – Teil I: Qualitative systematische Literaturübersicht zum Einfluss auf Studienergebnisse, -protokoll und -qualität. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (16): 279-85.
20. Seeman MV. Clinical trials in psychiatry: Do results apply to practice? *Can J Psychiatry* 2001; 46: 352-355.
21. Szatmari P. The art of evidence-based child psychiatry. *Evid Based Mental Health* 2003; 6: 99-100.
22. Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine* 1999; 73: 1234-40.
23. Tonelli MR. Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *J Eval Clin Pract* 2006; 12 (3): 248-256.
24. Tuner EH, Mattheus AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Eng J Med* 2008; 358 (3): 252-60.

Algunas reflexiones en torno a la corriente de Psiquiatría basada en evidencias y su impacto en la Psiquiatría contemporánea

Norberto Aldo Conti

Prof. Titular de Historia de la Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador
Prof. Adjunto de Psicología y Psiquiatría Fenomenológica, Facultad de Psicología, UBA
Prof. de Filosofía, Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA
Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría – APSA
Jefe de Servicio de Psiquiatría, “Hospital José T. Borda”, GCBA

Acerca de los orígenes

En noviembre de 1992 se publica en la revista JAMA un artículo titulado *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine* (MBE. Una nueva aproximación a la enseñanza de la práctica de la medicina) preparado por el grupo de trabajo sobre medicina basada en la evidencia de la Universidad Mc Master de Ontario, Canadá. En este trabajo se proponía un cambio de modelo cognitivo tanto para el aprendizaje

como para la práctica médica. Este cambio surgía de una crítica al modelo médico tradicional que se puede resumir en los siguientes puntos:

1. La experiencia clínica y la intuición en ocasiones pueden resultar engañosas.
2. El estudio y comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad constituyen guías necesa-

Resumen

En este trabajo se realiza una presentación de la corriente de “Psiquiatría basada en evidencias”, y posteriormente una crítica acerca de sus pretensiones paradigmáticas siguiendo los lineamientos de la epistemología de Thomas S. Khun. Se muestra también cómo la elisión del lenguaje en su aproximación a los trastornos de la conducta humana es su punto de mayor inconsistencia dejando al descubierto su marcado reduccionismo epistemológico. Se señalan también las consecuencias que genera su uso restrictivo tanto para la formación de los profesionales psiquiatras como para el tipo de tratamientos que son capaces de brindar a sus pacientes.

Palabras clave: Psiquiatría basada en evidencia - Epistemología de la psiquiatría - Reduccionismo epistemológico.

SOME REFLECTIONS ON EVIDENCE BASED PSYCHIATRY AND ITS IMPACT ON CONTEMPORARY PSYCHIATRY

Summary

In this work, the proposal of Evidence Based Psychiatry (EBP) is presented together with a critical reflection about its paradigmatic perspective, taking into account Thomas S. Khun's epistemological lineaments. It is also shown how blurring of language in its approximation to the human behavioral disorders is EBP point of major inconsistency, as demonstrates a marked epistemological reductionism. Finally, consequences of its restrictive employment both to psychiatrists teaching and to the treatments they provide to their patients are also discussed.

Key words: Evidence based psychiatry - Epistemology of psychiatry - Epistemological reductionism.

rias pero no suficientes en la práctica clínica, pudiendo llevar a predicciones incorrectas.

3. La experiencia clínica y el conocimiento psicopatológico no son suficientes para establecer juicios como el diagnóstico, el pronóstico y la eficacia de los tratamientos; dan lugar a una medicina basada en la opinión que puede conducir a predicciones inexactas.

Llegado a este punto se concluye en la necesidad de que la actividad médica se fundamente sobre *bases científicas* considerando que éstas sólo se pueden obtener de los resultados de *estudios clínicos realizados con la mejor calidad metodológica*. La metodología empleada para lograr la mejor evidencia fue desarrollada por el grupo de Ontario y se puede resumir en los siguientes pasos:

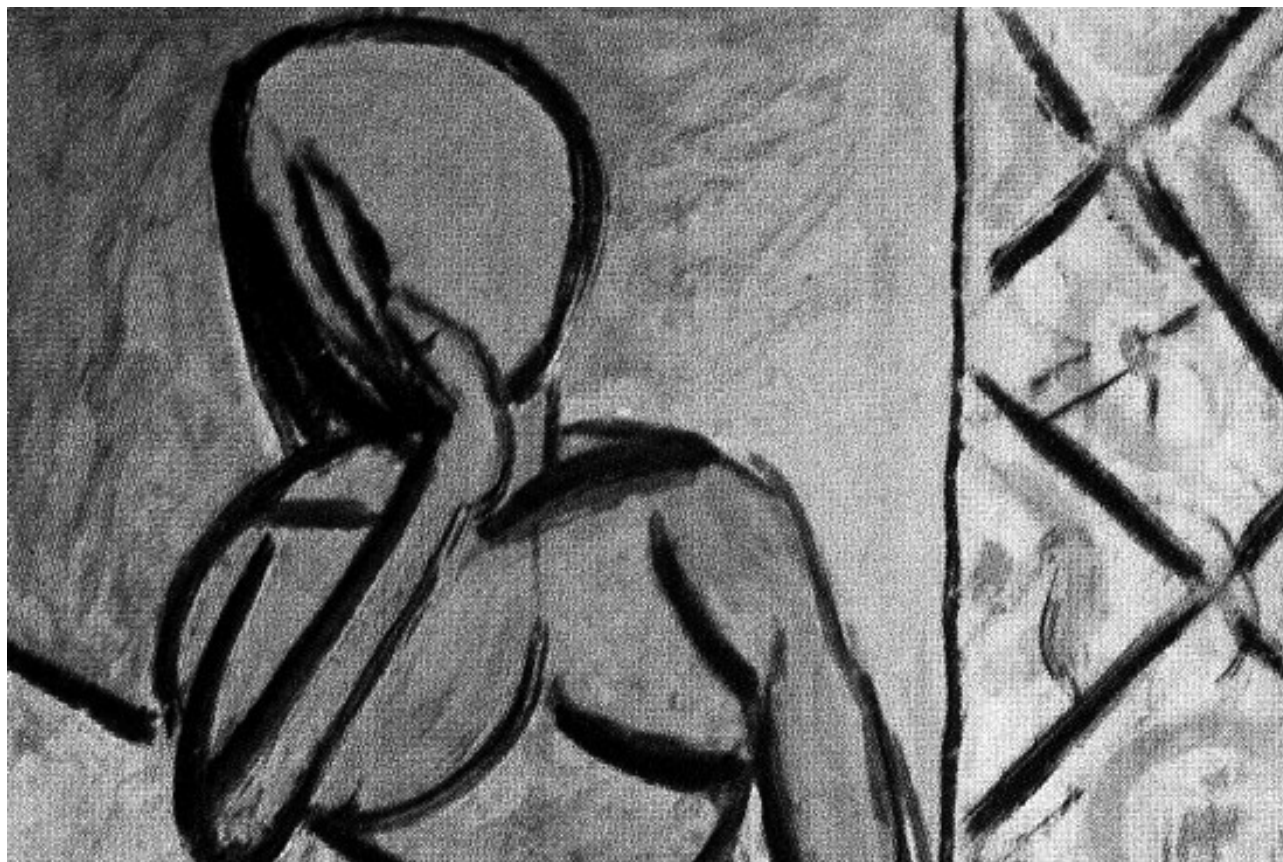
1. Formulación de una pregunta clínica clara y precisa a partir de un problema clínico dado.
2. Búsqueda de la literatura de artículos originales relevantes y apropiados para el problema.
3. Evaluación crítica de la validez y utilidad de los artículos encontrados.
4. Aplicación de los resultados a la práctica clínica concreta.

El trabajo de búsqueda de *artículos originales relevantes* se ha visto simplificado y potenciado

por la creación de la Colaboración Cochrane bajo la dirección de Ian Chalmers en Gran Bretaña en 1993. Este emprendimiento, llevado a cabo hoy en día por más de 10.000 voluntarios en 90 países, se ocupa de realizar un proceso sistemático de búsqueda y revisión de artículos científicos del área médica que luego se publican en la Biblioteca Cochrane la cual constituye una colección de bases de datos que incluyen:

1. La Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CDSR)
2. La Base de datos de Resúmenes de Revisiones de Efectividad (DARE)
3. El Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CCTR)
4. La Base de datos Cochrane de Revisiones de Metodología (CRMD)

El núcleo de lo que aquí hemos llamado *artículos originales relevantes*, responsables de entregar la evidencia decisoria, está dado por los ensayos clínicos controlados randomizados y estudios de metanálisis; éstos constituyen el patrón oro a la hora de decidir la validez o no de un tratamiento. De esta manera, la decisión clínica sale de la órbita tradicional de la subjetividad del médico para pasar por unos mecanismos supuestamente objetivos y, por ese motivo, susceptibles de ser reproducidos por diferentes personas en diferentes contextos.



Acerca de los límites de esta propuesta

Hasta aquí hemos tratado de realizar una presentación descriptiva del surgimiento y desarrollo de este discurso que, empujado por el viento de cola de la globalización ha alcanzado gran predicamento en la medicina contemporánea pretendiendo erigirse en nuevo paradigma de la medicina (3). Sin embargo, desde hace más de diez años han surgido críticas y objeciones a este pretendido modelo médico tanto desde sus aspectos metodológicos como, y es aquí donde encontramos el punto crítico esencial, desde sus aspectos epistemológicos.

Es probablemente Octavio Domont de Serpa Jr. (10) el primero que, en 1999, realizó una serie de críticas metodológicas consistentes en torno a la validez de la información proveniente de este modelo al afirmar que:

1. Sólo algunos estudios, preferentemente los positivos, son publicados.
2. Existen decisiones previas en función de las cuales se formulan las preguntas y se determinan los objetos de estudio.
3. El ensayo randomizado puede ser imposible en función de objeciones éticas, legales o políticas.
4. El poder de generalizar, entendido como la validez externa, puede estar comprometido en cuanto que los profesionales que participan en los estudios o las instituciones donde se realizan no sean repre-

sentativos por algún grado de incompatibilidad de intereses teniendo en cuenta que cada vez es menor el porcentaje de instituciones públicas que solventan estas actividades y mayor las que lo hacen desde el ámbito privado.

5. Existen aspectos de la práctica clínica que no son percibidos por los métodos de investigación más valorados en este modelo.

6. La realidad clínica concreta es mucho más compleja que el procedimiento lineal de la toma de decisión sugerido por la medicina basada en evidencia.

Pero es en los aspectos epistemológicos en donde creemos que se pueden encontrar las mayores inconsistencias de esta propuesta, en la medida en que desde un primer momento ha pretendido encarnar una revolución para constituir, supuestamente, un nuevo paradigma científico capaz de sustituir a las teorías anteriores utilizadas en el campo de la psiquiatría. Llegados aquí debemos preguntarnos: ¿estamos ante una revolución científica de la cual surge un nuevo paradigma para el campo de la psiquiatría? Recurriremos al pensamiento de Tomas Khun (14, 15, 16, 17) introductor en 1962, del concepto de paradigma en la epistemología actual, para responder este interrogante.

Un paradigma (2) es un conjunto de ideas que, durante un tiempo, provee de problemas y soluciones a una determinada comunidad científica; durante el tiempo de vigencia del paradigma los científicos



tienen consenso respecto a los supuestos básicos subyacentes sobre los cuales se estructura el conocimiento en cuestión y también acerca de los métodos más adecuados para el avance de la investigación durante estos períodos, tenemos entonces que los supuestos guían los métodos y determinan los instrumentales de la investigación de manera que la construcción de mundo que comparten los científicos está dialécticamente determinada por los supuestos que organizan las teorías y éstas a su vez determinan el instrumental que posibilita la comprobación empírica del objeto hipotetizado; los períodos durante los cuales los científicos trabajan de esta manera es lo que Kuhn denominó *ciencia normal*. Por otro lado, una *revolución científica* es un momento fecundo de profunda crisis de modelos y teorías científicas durante el cual se conmueven los fundamentos mismos del paradigma imperante y que tiene como resultado la desaparición de ese paradigma y el surgimiento de uno nuevo en el cual la construcción de mundo aceptada por los científicos puede llegar a ser muy diversa de la anterior; respecto a este proceso nos dice Kuhn (17):

“... el nuevo paradigma o un indicio suficiente para permitir una articulación posterior, surge repentinamente, a veces en medio de la noche, en la mente de un hombre sumergido profundamente en la crisis.”

No hay entonces cambio gradual de paradigmas, esto sería contradictorio con la noción misma de *revolución científica*; para decirlo con palabras de Kuhn (17):

“... las revoluciones científicas son aquellos episodios no acumulativos en los cuales un antiguo paradigma es reemplazado, completamente por otro nuevo e incompatible.”

“... cuando la tradición científica normal se altera, la percepción que el científico tiene de su medio ambiente debe ser reeducada; debe aprender a ver una gestalt nueva. En consecuencia, el mundo de sus investigaciones parecerá en algunos aspectos incomparable con el que habitaba antes.”

Si dejamos ahora los postulados de Kuhn y regresamos al planteo de la psiquiatría basada en evidencias y analizamos los supuestos básicos subyacentes sobre los cuales articula su propuesta, lejos estamos de encontrarnos con un modelo revolucionario. El meollo de esta aseveración pasa por un análisis del tipo de construcción de objeto sobre el cual articula su discurso y nos encontramos con que este objeto no es otro que el viejo objeto del naturalismo fisicalístico que Rudolf Carnap decretó para la psicología en 1932 (1), el cual a su vez es heredero del proyecto positivista moderno inaugurado hacia 1840 por Augusto Comte (5, 13), un proyecto que tiene como supuestos básicos subyacentes, en sentido paradigmático, el núcleo duro del racionalismo cartesiano que se instaura como proyecto cognoscitivo de la moder-

nidad en la primera mitad del siglo XVII (22). Las relaciones del hombre con el mundo (en el cual se encuentran otros hombres) son ahora relaciones de conocimiento; un sujeto (yo - cògito) que se encuentra ante un objeto del cual se apropia a través de una *representación* la cual se constituye como adecuación entre el intelecto (yo) y la cosa (mundo); estamos así ante la noción de verdad como adecuación o concepción racionalista de la verdad para la cual, al reducirse todo ser a contenido del pensamiento, la verdad tendrá que fundarse en el pensamiento mismo y, por lo tanto, en sus leyes formales (19, 20, 21).

Con lo hasta aquí expuesto creemos haber aclarado que la supuesta revolución paradigmática de la psiquiatría basada en evidencias no ha sido tal sino que ella es heredera de una matriz disciplinar psiquiátrica desarrollada en la segunda mitad del siglo XIX y que tuvo una presencia hegemónica en nuestra disciplina a comienzos del siglo XX -como bien lo ha descrito Lanteri-Laura- bajo la denominación de Paradigma de las Enfermedades Mentales, el cual tiene como núcleo heurístico fundamental la concepción naturalista, fisicalista y formalista a la cual nos hemos referido anteriormente (3, 23).

De esta manera, la principal crítica que, en la primera mitad del siglo XX, contrastó los límites de este modelo, puede ser retomada en un intento de calibrar las posibilidades reales de la corriente de psiquiatría basada en evidencias hacia el interior de la psiquiatría. Nos referimos a la elisión del lenguaje como esencia del fenómeno humano y centro de toda posible comprensión antropológica del hombre y de su padecimiento: el Psicoanálisis de Freud, la Fenomenología de Husserl, la Hermenéutica de Dilthey, el Comprensivismo de Jaspers, la Psicopatología Fenomenológica de Binswanger, por citar solo algunas de las corrientes más importantes, se han ocupado de denunciar la pobreza del reduccionismo naturalista en su intento de abordar el sufrimiento humano y cada una, a su manera, se han ocupado de auscultar ese padecimiento desde el sentido que este encuentra en el devenir de la historia de su portador a la cual solo la palabra nos da acceso (4, 7, 25, 26).

En este sentido, queremos retomar aquí la reflexión crítica de Manuel Desviat acerca del lugar del lenguaje en la teoría y la práctica psiquiátrica quien, en 2005 (9), decía:

“En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos. No se trata de que los sujetos que participan respondan un cuestionario, sino de que hablen. Lo fundamental es... el análisis e interpretación del lenguaje verbal y no verbal... El discurso, la narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente... define cómo, por qué y de qué manera él o ella está enfermo. El estudio de la narrativa ofrece la posibilidad de desarrollar una comprensión que no puede ser alcanzada de ninguna otra manera. Ante las limitaciones de la MBE, unos médicos ingleses adelantan la hipótesis de una Medicina Basada en Narrativas. Enfermar, estar enfermo,

estar en tratamiento, remiten a un individuo, a una historia particular, a un contexto lleno de sentido.

“... el método clínico consiste en un acto interpretativo que se basa en habilidades narrativas para integrar las historias contadas por pacientes y clínicos y los resultados de las pruebas... en cualquier caso además de medir y contar hay que comprender, historiar, describir. Además de saber cuántas veces cuánto, hay que responder a por qué, qué o cómo...”

Algunas conclusiones: de la Torre de Marfil hacia un razonable Mangrullo

Vemos entonces que en la lúcida reflexión de Desviat, que también hacemos nuestra, no se trata de negar los aportes de la corriente de psiquiatría basada en evidencias sino de colocarlos y valorarlos en una perspectiva más amplia y rica que los límites del naturalismo positivista porque es dentro de estos límites que esta corriente ha alcanzado una posición triunfalista sumamente peligrosa por sus efectos sobre la formación y la práctica psiquiátrica. A este respecto me parece muy interesante la crítica que emerge desde el interior mismo de este modelo. En efecto, en el primer semestre de este año, Ghaemi publica, como editor invitado, un editorial de *Acta Psiquiátrica Escandinava* que titula: *La cuestión, a favor y en contra, de la psiquiatría basada en la evidencia* (11) en el cual afirma:

“El problema principal de la MBE... es que, cuando es conducida en escala industrial, y rarificado en la torre de marfil, nos regresa a la arrogancia galénica.

La colaboración Cochrane es quizás la mayor manifestación de lo que puede ser llamado MBE de torre de marfil (o sea) la idea de que a menos que haya datos doblemente ciegos randomizados controlados con placebo, no hay evidencia... la fetichización de los estudios clínicos controlados es dañina, dado que siempre hay evidencia... Si la colaboración Cochrane marca el estándar, entonces deberíamos evadir el uso de la penicilina y no aconsejar en contra del tabaco...”

Para rematar diciendo:

“Este tipo de fetichización de los estudios clínicos controlados refleja una falsa comprensión de la ciencia”

Es cierto que sostener una psiquiatría basada en evidencias de Torre de Marfil no lleva más que a un empobrecimiento y debilitamiento de la Psiquiatría que se evidencia en la formación teórica y el entrenamiento práctico que reciben los profesionales en formación y, por otro lado, en los protocolos de tratamiento que son capaces de ofrecer a sus pacientes; pero si esta corriente pudiera razonablemente salir de la torre de marfil y colocarse en un mangrullo capaz de permitir la articulación de su producción cognoscitiva con la narratividad propia de la comprensión de lo humano en sentido antropológico, podría la Psiquiatría en su conjunto recuperar la tradición histórica y hermenéutica de la que se ha alejado en los últimos decenios y enriquecer tanto al psiquiatra como persona como al tipo de relación que pueda entablar con sus pacientes y su sufrimiento (4, 24) ■

Referencias bibliográficas

1. Ayer AJ. El positivismo lógico. Madrid, FCE, 1993.
2. Conti N. ¿Qué es la ciencia hoy? Una aproximación a la epistemología contemporánea. *Clepios* 1998; 14.
3. Conti N. Análisis histórico y epistemológico de la psiquiatría moderna: Terreno social y producción discursiva en los siglos XIX y XX. *Sinopsis*, APSA Revista 2004; 37.
4. Conti N. La significación de la Fenomenología en la historia de la Psiquiatría. En: *Actas de las Primeras Jornadas de Fenomenología*, Facultad de Psicología, UBA, 2008.
5. Comte A. Curso de Filosofía Positiva (Lecciones 1 y 2).

- Buenos Aires, Orbis, 1984.
6. Chalmers A. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? México, Siglo XXI, 1984.
 7. Desviat M. La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones, *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (2).
 8. Desviat M. La psiquiatría ¿Ciencia en crisis? *Revista AEN* 2004; 90.
 9. Desviat M. "Pros y contras" de la psiquiatría basada en la evidencia. Notas para un debate. *Cuadernos de psiquiatría Comunitaria* 2005; 5 (1).
 10. Domont de Serpa Jr. O. Clínica e evidênciaem que se baseiam as nossas decisoes? *Cadernos IPUB* 1999; 15.
 11. Ghaemi SN. The case for, and against, evidence-based psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 249-251.
 12. Hacking I. Revoluciones científicas. México, FCE, 1985.
 13. Kolakowski L. La filosofía positivista. Madrid, Cátedra, 1988.
 14. Kuhn T. La revolución copernicana. Madrid, Orbis, 1984.
 15. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México, FCE, 1971.
 16. Kuhn T. Segundos pensamientos sobre paradigmas. En: Suppe F. La estructura de las teorías científicas. Madrid: Nacional; 1974.
 17. Kuhn T. ¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos. Barcelona, Paidós, 1989.
 18. Lázaro J. De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: Introducción histórica. *Archivos de Psiquiatría* 1999; supl. 3: 3-4.
 19. Marí E. Neopositivismo e ideología. Buenos Aires, Eudeba, 1974.
 20. Marí E. Elementos de epistemología comparada. Buenos Aires, Puntosur, 1990.
 21. Marí E. Papeles de Filosofía II. Buenos Aires, Biblos, 1997.
 22. Nagel E. La estructura de la ciencia. Buenos Aires., Paidós, 1968.
 23. Popper K. La lógica de la investigación científica. Madrid, Tecnos, 1967.
 24. Rovalletti ML. La historia clínica entre la verdad factual y la verdad narrativa. En: Zirió A (ed.), *Acta Fenomenológica Latinoamericana* (Actas del IV Coloquio Latinoamericano de Fenomenología), vol. III, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú y Morelia (México), Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009. p. 743-751.
 25. Rovalletti ML. De la hermenéutica del relato a la hermenéutica de la recepción, *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, Vol. I, 2003.
 26. Rovalletti ML. La psicoterapia como compromiso narrativo. Reflexiones en torno a la perspectiva hermenéutica. En: Ricón L. Las Psicoterapias pensadas a partir de lo posible. Buenos Aires: Polemos; 2005.
 27. Sellars W. Ciencia, percepción y realidad. Madrid, Tecnos, 1971.

Promoviendo nuevos paradigmas: Bill Fulford y la Medicina Basada en los Valores

Pedro Pieczanski

Médico Psiquiatra

E-mail: pieczanski@gmail.com

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra

*“Me pregunto en qué momento
los dinosaurios sintieron
que algo andaba mal”.*

Fabián Casas

Introducción

En este artículo desarrollaremos los postulados creados por Bill Fulford en referencia a lo que dicho autor dio en llamar Medicina Basada en los Valores¹ (MBV). La relevancia de desplegar en un trabajo los postulados

Fulfordianos radica en que los mismos no son accesibles al lector hispanoparlante, quedando al margen entonces de una de las construcciones teóricas más ricas y renovadoras de los últimos tiempos. Pode

Resumen

En este artículo presentamos los principios de la Medicina Basada en los Valores (MBV) tal cual los desarrolló su creador, Bill Fulford. La MBV es la teoría y la práctica para la toma de decisiones médicas efectivas en aquellas situaciones en las cuales diferentes perspectivas y valores, potencialmente conflictivos, están en juego. Los valores, según Sadler, son una gama de preferencias, predilecciones, apreciaciones, opiniones, y predisposiciones para actuar. Pensados de esta manera, los valores son un actor principal sobre lo que queremos hacer y dan un marco de referencia a nuestras metas. La MBV es complementaria a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Derivada de la filosofía analítica, la MBV provee herramientas clínicas para vincular el conocimiento científico de la MBE a las necesidades, deseos y expectativas que el paciente trae a la consulta clínica. Describiremos los diez principios, teóricos y prácticos, de la MBV, aportando comentarios explicativos y algunas reflexiones en torno a los mismos.

Palabras clave: Medicina Basada en los Valores - Medicina Basada en la Evidencia - Ética - Valores - Epistemología.

PROMOTING NEW PARADIGMS: BILL FULFORD AND VALUES-BASED MEDICINE

Summary

In this paper we present the principles of Values-Based Medicine (VBM) as they were developed by Bill Fulford, its creator. VBM is the theory and practice of effective health-care decision making for situations in which legitimately different, and hence potentially conflicting, value perspectives are in place. Values, as describes by Sadler, are a range of preferences, predilections, insights, opinions, and predispositions to act. Conceived in this way values are a major determinant of our actions or decisions and give a framework for our goals. VBM is complementary to Evidence Based Medicine (EBM). With the background of analytic philosophy, VBM provides clinical tools for linking the scientific knowledge of EBM to the needs and wishes of the individual patient in the clinical setting. We will describe the ten principles and provide some commentaries and reflections on them.

Key words: Values-Based Medicine - Evidence-Based Medicine - Ethics - Values - Epistemology.

¹ Los valores son una gama de preferencias, predilecciones, apreciaciones, opiniones y predisposiciones para actuar. Pensados de esta manera, los valores son un actor principal sobre lo que queremos hacer y dan un marco de referencia a nuestras metas (Sadler).

mos decir que Fulford dialoga con los conceptos de la medicina basada en la evidencia (MBE), a la vez que los pone en tensión a través de los diez principios de la MBV.

La MBV es la teoría y la práctica para la toma de decisiones médicas efectivas en aquellas situaciones en las cuales diferentes perspectivas y valores, potencialmente conflictivos, están en juego (1, 2). Fulford sostiene que, como teoría, la MBV es la contraparte de la MBE, siendo ambas respuestas a la creciente complejidad de elementos existentes en el campo médico. La MBE es la respuesta a la creciente complejidad de los hechos y los datos médicos. La MBV es la respuesta a la creciente complejidad de los valores relevantes.

Derivada de la filosofía analítica, la MBV provee herramientas clínicas para vincular el conocimiento científico de la MBE a las necesidades, deseos y expectativas que el paciente trae a la consulta clínica (3).

Expandiremos ahora los diez principios básicos de la MBV tal cual los concibió Fulford, agregando algunos comentarios explicativos y algunas reflexiones en torno a la cuestión. Al concebirse como la suma de conceptos teóricos y herramientas prácticas, los principios se agrupan a su vez en teóricos y prácticos.

Primer principio: los valores y las decisiones clínicas (principio de los dos pilares)

Un concepto central en la práctica basada en valores (PBV) es que toda decisión clínica se sostiene en dos pilares; uno apoyado en los valores y el otro apoyado en los hechos; el origen de la PBV radica en la creciente complejidad de las áreas implicadas en las decisiones que se toman en el campo de la salud (4, 5).

Hablando de los valores, podemos decir que los mismos pueden ser estéticos, epistémicos, morales, éticos y pueden tener aspectos lógicos diferentes (necesidades, deseos, expectativas); sus orígenes son variados y pueden ser personales, profesionales y culturales. Parecería ser que todas nuestras decisiones clínicas están guiadas por los datos científicos, pero los valores que las acompañan también son esenciales a la hora de definir una conducta a seguir. Las valoraciones personales se presentan en

muchas más formas y en muchos más niveles de los que reconocemos habitualmente. Este primer principio nos habla de que los valores guían todas las decisiones, lo queramos o no, lo sepamos o no, lo reconozcamos o no. No existe cantidad suficiente de datos empíricos, de evidencia, que pueda decirnos qué deberíamos hacer en una situación particular; las conclusiones sobre que es lo que debe hacerse se basan en valores (6).

Segundo principio: valores visibles e invisibles

Nuestra tendencia es a tomar en cuenta a los valores solamente cuando son conflictivos, diferentes y tienden a ser problemáticos.

Toda decisión médica pone en juego valores, en algunas ocasiones estos son más visibles y en otras lo son menos; por ejemplo tienen una gran visibilidad si hablamos del costo de las drogas para el HIV en África, en cambio son mucho menos visibles si de lo que se trata es de elegir que fármaco utilizar en una emergencia cardíaca.

Fulford sostiene que debido a que los valores caen en una escala que va de lo implícito a lo explícito ha llevado a muchos a creer que las decisiones en medicina están divididas en dos clases diferentes, las científicas y las éticas (4).

La PBV es complementaria a la ética; los principios éticos, junto con las leyes y regulaciones de la profesión médica, proveen un marco de valores compartidos como son el mejor interés, la confidencialidad y la autonomía; la MBV se encarga de intentar obtener decisiones equilibradas y balanceadas cuando los marcos de valores entran en conflicto (3).

El segundo principio nos muestra que los valores, mejor dicho, la presencia de los mismos, se hacen evidentes cuando hay un conflicto entre ellos y no cuando son compartidos; sin embargo, de una forma u otra siempre están presentes. Un ejemplo paradigmático dentro de nuestra especialidad lo constituye la administración de medicación antipsicótica con su cortejo de complicadísimos efectos adversos de tipo metabólico; a la hora de la selección de la molécula, mas allá de la eficacia farmacológica de la droga seleccionada se debe tener en cuenta el impacto de los efectos adversos en la vida del paciente, pero no de cualquier paciente sino de aquel que tenemos en nuestra consulta. El aumento de peso producido por estas drogas (unas más, otras

menos) será significado de manera diferente en cada situación, planteándole al clínico un contexto único e irrepetible con el cual inevitablemente tendrá que dialogar para poder encontrar el mejor equilibrio posible entre los valores y la evidencia.

Tercer principio: más ciencia es igual a más valores

El progreso científico, al generar nuevas opciones y alternativas, está involucrando en todas las áreas de la salud, y cada vez más, a la gran diversidad de valores humanos.

Este principio es claramente revolucionario, entendiendo como revolucionario a aquello que se opone al orden establecido. Siempre pareció estar claro que a medida que la ciencia avanzaba, la influencia

de los valores iba a ir cada vez más en decaimiento (4). En este punto no es difícil darse cuenta que es justamente lo contrario; cada vez más pruebas diagnósticas, avances en los tratamientos, la genética, nos enfrentan a dilemas, generados por conflictos entre valores.

Como comentáramos en el 2º principio, es importante no confundir con dilemas éticos; la ética se basa en buscar buenos desenlaces, resultados adecuados, correctos. Lo fundamental para la MBV es el proceso, la trama, no el desenlace. Si atravesar un proceso diagnóstico complejo e invasivo, o no hacerlo, es claramente un conflicto de valores; desde el punto de vista ético, del resultado, la problemática es diferente. La gran diversidad de valores no surge solamente de los diferentes deseos, necesidades o intereses individuales, sino también de aquellos culturales y profesionales. Si bien tendemos a creer que los valores personales son estáticos y poco flexibles, éstos no varían solamente entre personas, sino dentro de la misma persona en diferentes contextos o momentos históricos. Cada uno de nosotros puede, mirando internamente, dar cuenta de cómo las propias valoraciones han ido, y



probablemente seguirán, cambiando en diferentes momentos de nuestras vidas.

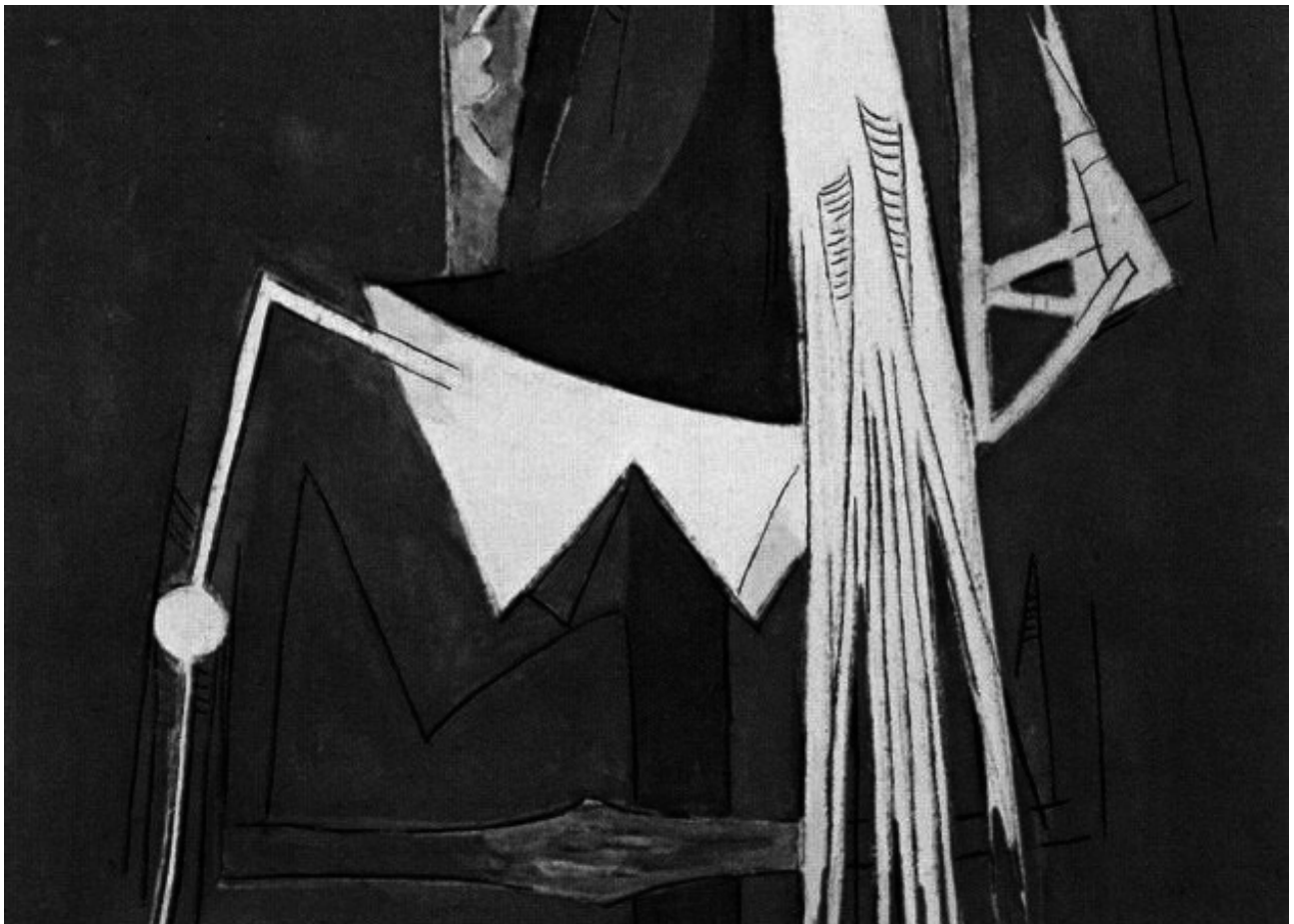
Un ejemplo para problematizar este principio está dado por los nuevos estudios en torno a la Enfermedad de Alzheimer y las posibilidades de diagnóstico precoz sin tener aún un tratamiento efectivo para la enfermedad; se abre aquí un campo de posibilidades en donde al ritmo de los avances científicos, los valores se han multiplicado de manera exponencial, ofreciéndole al clínico (y a su paciente) un menú de posibilidades de una diversidad casi infinita en torno a la contingencia de saber o no saber y de sus implicancias.

Cuarto principio: medicina basada en el paciente (o el principio de la perspectiva del paciente)

Este principio entra en tensión con la jerarquía de la MBE. En esta última, la pirámide jerárquica tiene como cabeza a los hechos, la “evidencia”, la información, el meta-análisis, los ensayos clínicos controlados; todas herramientas “asépticas”, no contaminadas por valoraciones subjetivas.

En la MBV, nuestra jerarquía preferida comienza con la perspectiva del paciente individual, en relación a una determinada decisión. Nuestra información teórica no debe sustituir a la valoración que posee “este” paciente en “este momento” sobre la situación clínica. Focalizar en los resultados de los ensayos clínicos, minimiza la importancia que los aspectos intangibles tienen en el proceso de curación (6).

Un ejemplo clásico de este principio está dado por las alucinaciones y el lugar que dicho fenómeno ocupa en la vida de los pacientes; en el excelente libro de Thomas y Bracken (7) acerca de la post-psiquiatría, se relatan historias de personas que dialogaban y se sentían acompañadas por sus voces y visiones, planteándole al clínico un interesante dilema en torno al síntoma y sus implicancias.

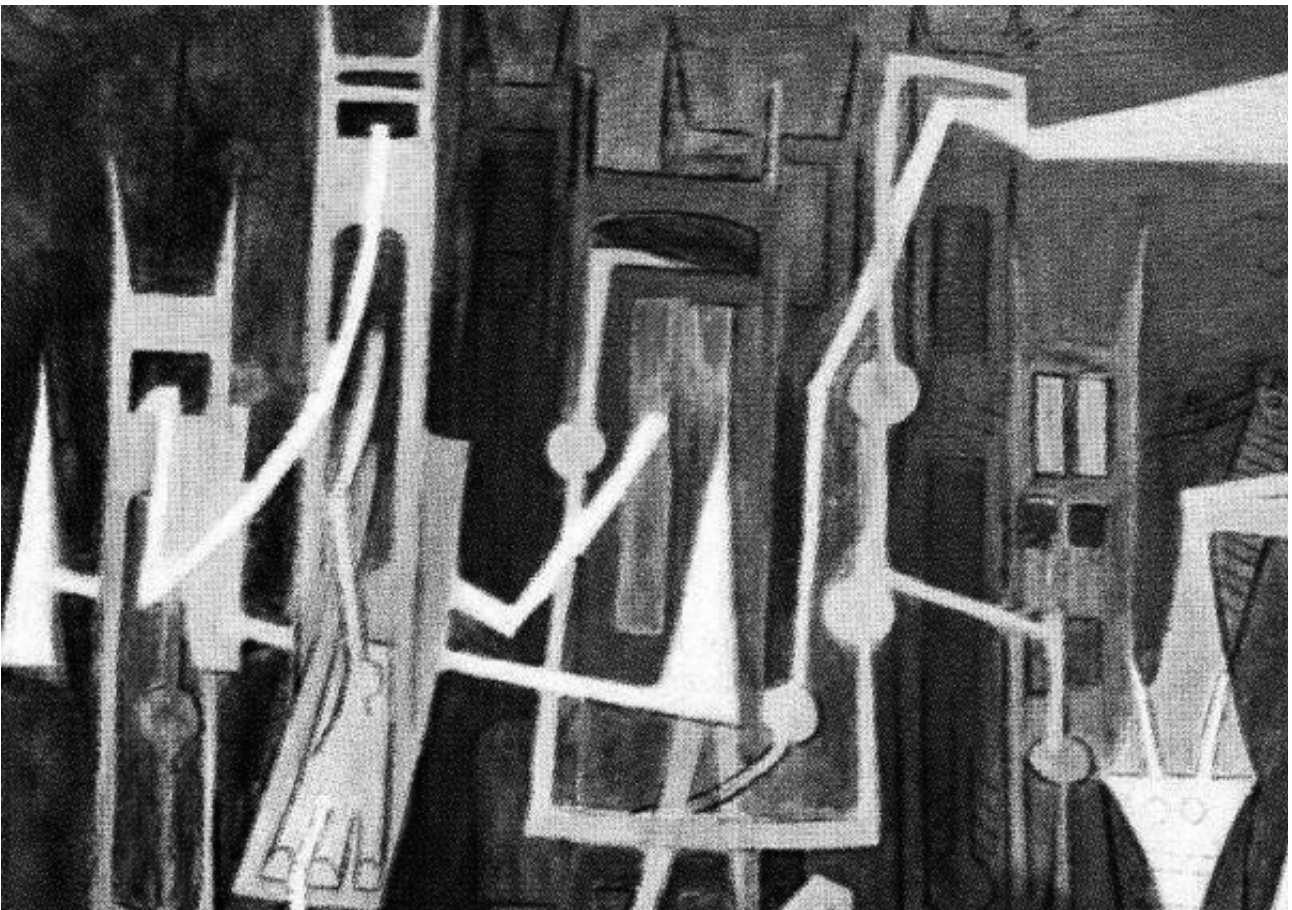


Si bien en nuestra especialidad hoy en día se cuantifican cosas que nunca pensamos que fuéramos a cuantificar (conductas sexuales), siempre van a existir diferencias relevantes entre individuos que van a ser imposibles de cuantificar; y por lo tanto siempre va a persistir una brecha epistemológica entre la investigación y la práctica clínica. Devaluar las diferencias intangibles entre individuos, es devaluar a los individuos (6).

Quinto principio: los conflictos de valores se resuelven fundamentalmente, no en referencia a una regla que prescriba una solución correcta, sino mediante un proceso que avale y sostenga un balance entre perspectivas legítimamente diferentes

Ante la diversidad de valores que apuntamos, es inevitable que se produzca un desacuerdo, una tensión. Esto es la regla, no la excepción. Por lo tanto, el resolver las diferencias es una habilidad central de la MBV. En la MBE, las diferencias se resuelven por consenso médico: más hechos, más estudios, más datos objetivos y un profesional teniendo la última palabra amparado por una relación a todas luces asimétrica. Todos tendientes a definir qué visión es correcta. ¿Un año de mantenimiento de la medicación antidepresivos en un 2do episodio de depresión o 5 años? Si no tenemos respuesta correcta, buscaremos evidencia, realizaremos un estudio clínico, etc. En la MBV no hay tal visión correcta, o no hay una sola visión correcta. Los conflictos se resuelven, según Fulford, por disenso; el disentir es, para la RAE, no ajustarse al sentir o parecer de alguien (8). Para Fulford, el disenso es el proceso que avala y sostiene el tomar acciones efectivas sobre un balance entre perspectivas de valores legítimamente diferentes (4).

Si bien en la MBV existen también reglas, guías y sugerencias para la práctica, se limitan a aquellos valores compartidos y sobre los que hay consenso.



Pero la diversidad es la norma, y no la excepción cuando de valores se trata. Por lo que no sólo el consenso será necesario, sino el poder tomar acciones y decisiones clínicas en el ámbito del disenso será fundamental. Es por esto que lo esencial será el desarrollo de procesos que permitan una toma de decisión balanceada, y no hacer foco solamente en el resultado final.

Claramente en este contexto, como en tantos otros en nuestra vida individual, colectiva y política, el fin no justifica los medios; o no solo importa lo que se hace, si no cómo se lo hace.

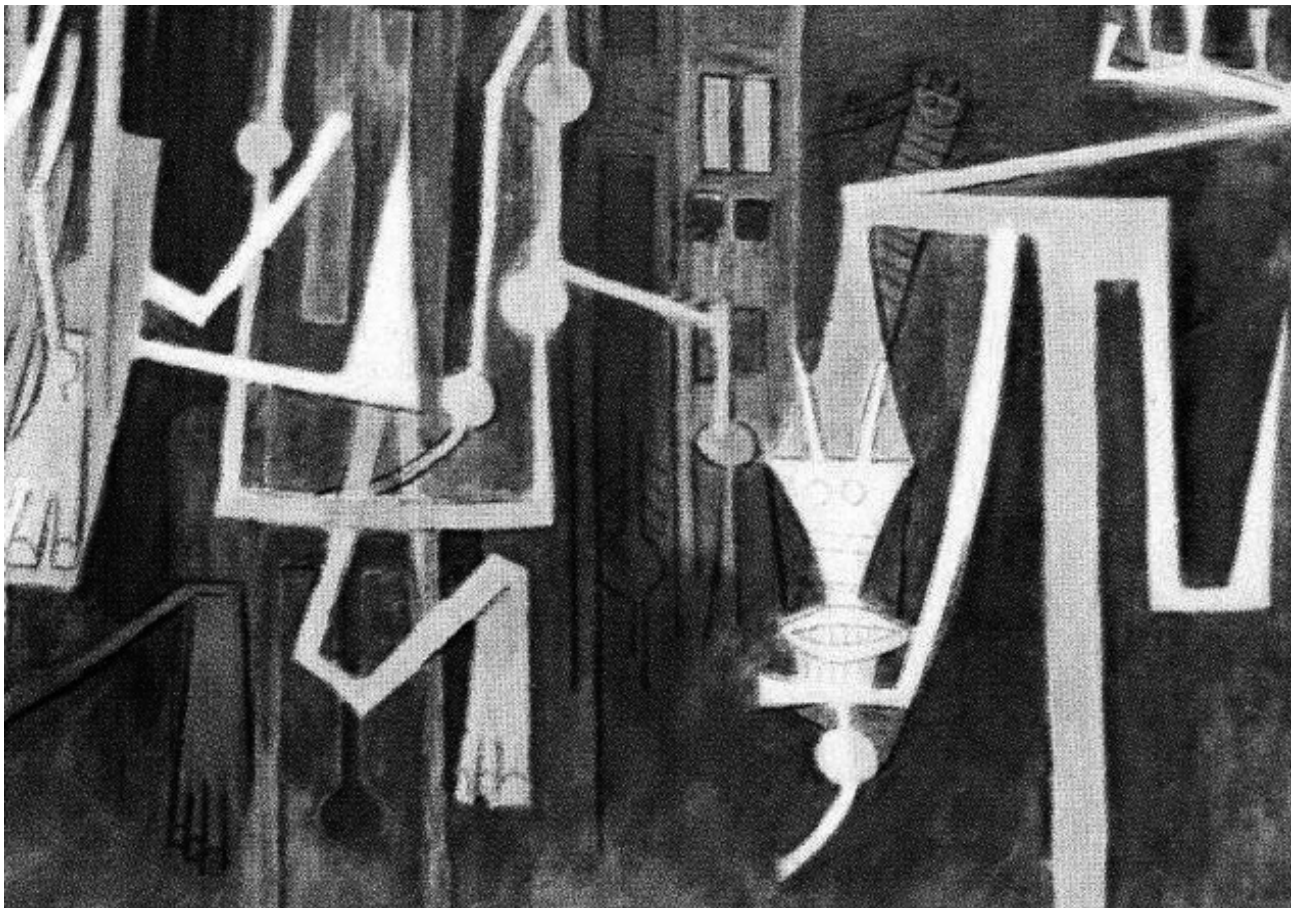
Obviamente esto requerirá de habilidades clínicas que deberían ser incorporadas en los programas de formación de médicos residentes. Así como hay talleres de MBE, de sus bases y herramientas, que están incluidas en los programas de formación de residentes, la MBV debe seguir el mismo camino.

Artículos previos sobre el rol de los psiquiatras en la Alemania nazi profundizan sobre los alcances de este principio (9).

Estos son los cinco principios teóricos. Vamos a desarrollar, de la misma manera, los 5 principios prácticos. El “cómo” hacer, en la MBV, se basa en cuatro áreas centrales de destrezas clínicas y en un cambio en el enfoque del proceso de toma de decisiones clínicas.

Sexto principio: conciencia sobre los valores

Prestar especial atención al lenguaje utilizado es un método poderoso para despertar conciencia sobre la presencia de valores. Los conflictos no surgen muchas veces por contradicciones entre valores, sino por fallar en reconocer a una valoración como tal. Esto es una de las principales dificultades en la falta de colaboración en los equipos multi-



disciplinarios. La identidad profesional y el triunfo de la ciencia tienen gran responsabilidad en este punto. La gran influencia de la MBV ha hecho que los aspectos de la medicina más vinculados a las humanidades, sean cada vez menos tenidos en cuenta por los médicos. Por lo tanto, una de las principales destrezas clínicas que requiere la MBV es la de prestar atención sobre los valores, donde están, qué son, cuáles son y cómo se inmiscuyen en el cuidado de la salud.

Este principio pone el eje en el entrenamiento médico tomando en cuenta fundamentalmente dos cuestiones:

- el trabajo colaborativo como usina multiteórica de convergencias y divergencias y
- los aspectos socio-antropológicos de la medicina, especialmente aptos para reflejar la diversidad de las prácticas.

Séptimo principio: conocer los valores

Luego de aumentar nuestra atención y de tomar conciencia de los valores, debemos conocerlos. Esto implica entrenarnos en métodos que nos ayuden a conocer los valores de otras personas, que muchas veces suponemos iguales a los nuestros. Una habilidad para la MBV es conocer como se relacionan los valores, como tienden a orientarse en determinada decisión. Existen métodos tanto empíricos (lecturas, poesías, etnografía, psicología, encuestas, música) como filosóficos (fenomenología o hermenéutica) para conocer valores de otras personas (4).

Vemos que una de las principales maneras de conocer diferentes valores es el estudio, la formación y la lectura de material no eminentemente médico: no necesariamente la clave se encontrará en los ensayos clínicos, en la última *American Journal of Psychiatry* o en el último "paper".

Volver de a ratos al otrora romántico e idealista psiquiatra antes conocido como el "humanista de la medicina" y ahora a duras penas diferenciado de un traumatólogo o un urólogo en su horizonte epistemológico. Lo que la ciencia y la medicina científica no pueden hacer por nosotros, probablemente puedan hacerlo otras ramas del conocimiento a través del recurso casi abandonado de no perder de vista aquellos aspectos que podamos

relacionar con el arte de curar. Esto no sólo no nos hace menos científicos, sino que si nos olvidamos de estos aspectos, corremos el riesgo de formar una generación de médicos que no puedan ayudar más que en recomendar recetas ya diseñadas (6). La única posibilidad que tenemos para salirnos de ese destino es proveernos de las visiones teóricas, las herramientas y las destrezas necesarias para ayudar a cada uno de nuestros pacientes individuales.

Si bien la mirada de la MBV dista de ser novedosa, los desafíos que nos plantea la post-post modernidad con su hipertecnologización y su cultura hipercognitiva (en el decir de Stephen Post (11)), hacen necesario volver a las fuentes de la intra-subjetividad para renovar el desafío de construir la historia desde cada historia, sin caer en las trampas que nos propone la "psiquiatría globalizada" con sus diagnósticos y sus métodos que en pos de una supuesta universalización esconden una alarmante falta de sentido.

Octavo principio: razonar sobre los valores

El razonar sobre los valores se utiliza para explorar las diferencias entre valores y no para determinar cuál es el correcto.

A veces, conocer los valores en juego puede ser suficiente para resolver una dificultad en determinada situación; por ejemplo, puede ayudar a evitar malos entendidos. En ocasiones, los conflictos pueden permanecer. En esas situaciones es crucial la destreza que cada uno posee para poder razonar sobre los valores.

Este principio es muy cercano a la ética y utiliza sus métodos de razonamiento. Sin embargo, una diferencia es que el objetivo es explorar la naturaleza y el grado de diferencias en los valores y no determinar cuál enfoque o valor es adecuado. En ética médica, las diferencias de valores es un problema que debe ser resuelto; esto lleva implícito el pensamiento de que la diferencia de valores son una barrera para la toma de decisiones efectivas, de alcanzar el valor "moral". En la MBV si bien en ocasiones requieren una solución, la diferencia es vista como un recurso en el proceso de toma de decisiones. El trabajo en equipo debe aportarnos esta herramienta, este recurso, diferentes perspectivas de valores para una decisión. Nos interesan

las preferencias, prioridades, puntos de vista, el respeto a las diferencias que tenemos en lo personal, social, cultural o político.

El eje en esta ocasión está puesto en la obligación de ofrecerles a los pacientes varias opciones frente a un determinado problema, partiendo de la base que no existe una sola verdad, ni siquiera en aquellas decisiones que aparentan ser absolutamente "técnicas" (por ejemplo, procesos quirúrgicos), ya que aun en esos casos los valores deben ser descubiertos y puestos a jugar en pie de igualdad con el resto de los factores intervinientes.

Noveno principio: habilidades comunicacionales

Va a haber situaciones en las cuales, aunque tomemos conciencia que el problema surge de una perspectiva de valores diferentes y los exploremos y razonemos sobre ellos adecuadamente, igualmente las dificultades persistirán. Necesitaremos tomar acciones y en este punto las habilidades comunicacionales son fundamentales en la MBV. Nos darán la herramienta para tomar decisiones efectivas a partir de las tres habilidades anteriores (tomar conciencia, conocer y razonar sobre los valores). Si bien muchas herramientas comunicacionales son importantes, dos son esenciales para Fulford (4):

- Perspectiva del paciente: escuchar y explorar los valores del paciente. Son la base del principio cuarto.
- Perspectiva múltiple: son la base del 5o principio. Incluyen la perspectiva de colegas, cuidadores, enfermeros, gerenciadore, etc. No alcanza con el respeto mutuo; es esencial manejar herramientas de negociación y resolución de conflictos.

Las herramientas comunicacionales son la base del cómo se hacen las cosas y no sólo en lo que se hace. Entrenarse en estas herramientas es cada vez más, un deber del médico.

La propuesta en este caso es volver a la palabra; en tiempos de escalas, cuestionarios de auto llenado y formulas preestablecidas, el retorno al diálogo como piedra basal de la relación médico-paciente impresiona como oportuno ya que es impensable la propuesta de desarrollar habilidades comunicacionales si antes no se jerarquiza nuevamente al verbo como mediador fundamental de todo intercambio.

Décimo principio: ¿quién decide?

La MBV pone la toma de decisiones, nuevamente en el contexto de la clínica, con los usuarios y los proveedores del sistema de salud. El asumir, como hace la ética, que existen valores o decisiones correctas, llevó a la aparición de expertos en ética. Así como el poder del médico fue muy criticado por los impulsores del derecho de autonomía de los pacientes, entre ellos los eticistas, si a las discusiones cuando salen del ámbito de la uniformidad de valores, hacia áreas de gran diversidad, llegáramos a enmarcarlas dentro de discusiones éticas, corremos el riesgo de caer en el poder del eticista (4).

La MBV legitima las diferentes perspectivas de valores, entiende que están cada vez más en juego en todas las áreas de la salud y pone en la toma de decisiones éticas nuevamente a todos los actores involucrados, usuarios, proveedores, pacientes, profesionales y gerenciadore en el duro terreno de la clínica cotidiana.

La práctica de la medicina con todos sus principios, entre ellos la MBE y la ética, podría desarrollarse de forma más efectiva si mejoramos el reconocimiento y la identificación de los valores así como la forma de negociarlos con el paciente y sus familias (3).

Los acuerdos universales sobre los valores van disminuyendo día a día en la sociedad moderna, y la medicina no está exenta. Las sociedades son cada vez más heterogéneas en sus pensamientos, estilos de vida y preferencias y esto, obviamente, trae aparejado diferentes valores. El avance en los derechos trae pacientes más interesados y empoderados en cuanto a que se respeten sus deseos, perspectivas y sus valores en general (3).

No es casual que el desarrollo de la MBV haya comenzado en la psiquiatría; ésta es la especialidad más cargada de valores por que le conciernen áreas de la experiencia humana y de las conductas (emoción, deseos, pensamientos, creencias) donde los valores son bien diversos (12).

Los que ven la clínica tamizada por los dioses de la evidencia, plantean que el nacimiento de la MBV se produjo en la Psiquiatría por que la necesita por su (supuesto) déficit en lo científico (4). Pensamos que la carga de valores en nuestra especialidad no es una muestra de esto, sino de la complejidad de los valores en juego.

La MBV es una respuesta a esta complejidad, y no

un sustituto del avance científico. De hecho, este progreso producirá que la complejidad de los valores llegue a todas las áreas de la medicina. En esto, la Psiquiatría está caminando un paso adelante de

las otras especialidades, marcando un camino que las demás se verán obligadas a seguir, tarde o temprano ■

Referencias bibliográficas

1. Brown M, Brown G, Sharma S. Evidence-based to value-based medicine. Chicago, American Medical Association Press, 2005.
2. Hunink M, Glasziou P, Siegel J, et al. Decision making in health and medicine: integrating evidence and values. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
3. Mila Petrova, Jeremy Dale and Bill (KWM) Fulford. *Br J Gen Practice* 2006; 56: 703-709.
4. Fulford KWM. Ten principles of values-based medicine. En: Radden J (ed.). *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 205-234.
5. Fulford KWM, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
6. Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* 1998; 73: 1234-40.
7. Thomas P, Bracken P. Post-psychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001; 322: 724-727.
8. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22a Edición Madrid. Espasa-Calpe, 2001.
9. Pieczanski P, Blanco M, Ragusa A, Matusevich D, Finkelsztejn C. Primero no dañar: el rol de la psiquiatría durante la Alemania nazi. *Revista Anales de Psiquiatría* (Madrid, España) 2004; 20 (1): 36-40.
10. Pieczanski P, Blanco M, Ragusa A, Matusevich D, Finkelsztejn C. Teoría e ideologías: el rol de la psiquiatría durante la Alemania nazi II. *Revista Anales de Psiquiatría* (Madrid, España) 2004; 20 (6): 282-5.
11. Post S. *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1995.
12. Sadler JZ (ed.). *Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders, and the DSMs*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2002.

Entrevista a David Healy

Santiago Levin, Daniel Matusevich, Pedro Pieczanski,
Silvia Wikinski



El doctor David Healy es medico psiquiatra, director del North Wales Department of Psychological Medicine de la Universidad de Cardiff, autor de mas de 170 articulos y libros acerca de la especialidad; su capacidad analitica, su mirada critica y su profundo conocimiento de la historia y la epistemologia de nuestra especialidad lo convierten en el candidato ideal para responder las preguntas de VERTEX en referencia a los temas de este dossier.

1. El término “evidencia” es utilizado frecuentemente en la jerga de la psiquiatría actual. ¿Cuál es, en su opinión, su estatus epistemológico?

El término evidencia como se lo emplea hoy en día esencialmente se refiere a un sistema de premios y castigos de la compañías farmacéuticas utilizado para forzar a los psiquiatras a prescribir los últimos tratamientos de costo más elevado y a menudo menos efectivos.

La mayoría de las personas asumen que el término se refiere a los datos pero, de hecho, las compañías farmacéuticas hacen imposible que cualquiera vea los datos de los ensayos clínicos. Ellas sólo publican aproximadamente la mitad de los ensayos que se llevan a cabo. Y en el caso de aquellos ensayos que fueron publicados, una porción significativa, tal vez un cuarto o más, son presentados como si mostrasen un resultado positivo para el tratamiento cuando en realidad los reguladores que vieron los datos concluyeron que el ensayo era negativo.

Cuando hay datos presentes en artículos típicamente se los esconde detrás de un modelo esta-

dístico. Éste puede ser un modelo simple como por ejemplo una prueba de significancia estadística. A los lectores de un artículo en el BMJ sobre Prozac y suicidio en 1991 o en el New England Journal of Medicine sobre Vioxx y ataques cardíacos en 2000 se les dice que no existe diferencia significativa entre droga activa y placebo y que esto significa que no hay incremento en el riesgo de tratamiento cuando en realidad hubo un aumento cuádruple o más alto en el riesgo en ataques cardíacos y actos suicidas con Vioxx y Prozac respectivamente.

Los verdaderos pacientes que sufren verdaderas lesiones desaparecen detrás de estadísticas como ésta. El paciente se ha vuelto invisible en el cuidado de la salud mental en gran parte porque cualquier observación que tengan tanto los doctores como los pacientes de los resultados del tratamiento son en la actualidad descartados como anecdóticos. Los psiquiatras son activamente animados a restar valor a los circuitos de interacción normales que, tanto mejorarían la seguridad de los pacientes, como nos conducirían a más descubrimientos acerca de cuales grupos de pacientes se encuentran mejor preparados para cuáles drogas, si de hecho le prestásemos atención a los cosas que suceden frente a nosotros.

Cada vez ponemos menos atención a la muy obvia inflación en el peso de drogas como la olanzapina, por ejemplo, sobre la base de una supuesta

evidencia que está casi enteramente construida por las compañías farmacéuticas para satisfacer sus intereses en lugar de los de sus psiquiatras o pacientes o los de la medicina en general.

Los psiquiatras se han vuelto como esos conductores que confían en un sistema de GPS en lugar de seguir las observaciones de lo que sucede en el camino frente a ellos. Recientemente en el Reino Unido hubo consternación porque grandes camiones parecían desviarse de la autopista hacia carreteras rurales ocasionando gran daño a estos caminos –la causa, al parecer, era la obediencia de los conductores al sistema de GPS en sus camiones que había decidido, por una razón o por otra, estos desvíos. Algo similar está sucediendo hoy con el cuidado de los pacientes.

2. En las dos últimas décadas, los ensayos clínicos controlados y meta-análisis han llegado a ser considerados los principales métodos para la evaluación de evidencia en psiquiatría. ¿Son éstos buenos enfoques para buscar y elaborar la “verdad” en psiquiatría? ¿Qué otros enfoques considera valiosos?

Cuando la medicina basada en evidencia fue introducida se suponía que traería evidencia clínica para suplementar el juicio clínico y los valores del paciente. En lugar de ello, esta supuesta evidencia, que es en su mayoría publicaciones selectivas de artículos escritos por fantasmas, parece haber reemplazado el juicio clínico y los valores del paciente.

Los ensayos clínicos aleatorizados y controlados son un medio para traer asociaciones a la luz. En comparación con las demostraciones de laboratorio de que un bacilo en particular causa una infección particular, los datos de los ensayos clínicos controlados –aún de los ensayos completamente independientes de la industria farmacéutica- son a menudo relativamente poco informativos.

Imaginen a pacientes presentándose con un brazo fracturado, y siendo igualmente randomizados para un yeso asignado al brazo izquierdo o derecho, o a la pierna izquierda o derecha o a una opción sin yeso. Un ensayo semejante demostraría la eficacia de los yesos comparada con el no uso de yesos. Un estudio de eficacia comparativa aplicando aleatoriamente yesos a más de una extremidad demostraría una eficacia superior a un yeso aplicado aleatoriamente.

No se descubren drogas utilizando ensayos controlados. Y, en el caso de las drogas que claramente funcionan, los ensayos controlados no son necesarios. Los ensayos controlados son de la mayor utilidad cuando muestran que los tratamientos no fun-

cionan. Pero cuando los ensayos de las compañías muestran que los tratamientos no funcionan, “desaparecen”.

El mejor abordaje a la “verdad” en psiquiatría siguen siendo los psiquiatras alertas e interesados que trabajan en conjunción con pacientes alertas e interesados, suplementados por tecnologías de laboratorio donde estas se encuentren disponibles en conjunción con los datos de ensayos clínicos diseñados para dar respuesta a preguntas terapéuticas en lugar de encontrar un nicho de mercado.

En el caso de los ensayos realizados en enfermedades todos ellos vienen parcializados –cualquier problema sobre el tratamiento es invariablemente atribuido a la enfermedad en una forma que no sucedería si los ensayos fueran realizados con voluntarios sanos. Un gran número de ensayos han sido realizados con voluntarios sanos pero pocos son publicados y los datos de estos estudios no están disponibles. Debemos insistir en que ellos sean publicados ya que no existen cuestiones de confidencialidad de los pacientes involucrados.

3. ¿De qué manera los intereses económicos afectan a la elección de los procedimientos para obtener “evidencia” en psiquiatría?

Los ensayos controlados fueron introducidos como un método para controlar a la industria farmacéutica y los reclamos que hacían las compañías de los beneficios de sus tratamientos. En unos pocos años desde su introducción, sin embargo, las compañías han confiscado estos ensayos y, para la década de 1960, los vendedores incluían típicamente en sus discursos de venta que el tratamiento X había demostrado ser de beneficio para la condición Y como lo mostraban los ensayos controlados.

La industria farmacéutica ha sido capaz de transformar los ensayos controlados de un instrumento para frenar el entusiasmo terapéutico en el combustible de los colectivos terapéuticos. Más aún, se ha vuelto casi imposible para los psiquiatras describir casos o problemas que se presentan en el tratamiento y conseguir que estos reportes de casos se publiquen en cualquier revista respetable.

Como resultado, cuando se trata de crear guías, incluso los expertos independientes que no tienen vínculos con la industria farmacéutica pero que, como parte de los procedimientos para crear guías, adhieren a la jerarquía de evidencia actual en la medicina basada en evidencia que pone incluso a los ensayos de compañías por encima de los buenos

reportes de casos, terminan llegando justamente a las mismas conclusiones a las que llegaría un panel de expertos estrechamente vinculados a una compañía farmacéutica.

4. ¿Es posible para el psiquiatra aceptar favores tales como regalos y aún así permanecer independientes?

Los regalos de las compañías farmacéuticas son un problema pero un problema relativamente superficial. El problema más grande es la falta de acceso a los datos de los ensayos clínicos. Mientras exista una falta de acceso a los datos es imposible saber si los regalos u otros vínculos a las compañías farmacéuticas o la escritura fantasma de artículos ha comprometido los resultados de los estudios. Si existiese un acceso completo a los datos todos podrían ver si los regalos influenciaron el juicio de un experto o no.

A lo largo de la historia de la ciencia una amplia proporción de descubrimientos fueron realizados por personas que habían sido financiadas por partes interesadas para que emprendan investigaciones. El progreso científico no depende de la integridad del científico. Depende de la capacidad de un grupo de hacer el escrutinio de los datos y de generar experimentos competentes. La razón por la cual tenemos un problema en este momento es principalmente porque los expertos y médicos no son están siendo capaces de hacer el escrutinio de los datos. No es porque los expertos y médicos estén recibiendo dinero por parte de las compañías farmacéuticas.

5. La psiquiatría basada en evidencia se encuentra fundada principalmente en la investigación cuantitativa. ¿Cuál es el lugar, si es que lo hay, que Ud. piensa que tendría el enfoque cualitativo en la obtención de evidencia?

Antes que cualquier cosa pueda ser cuantificada, debe haber un buen enfoque cualitativo sobre la cuestión. Las palabras vienen antes que los números.

En la actualidad uno de los principales problemas que tenemos en la psiquiatría es el silencio de los doctores ante los efectos adversos causados por drogas.

Existen grandes preocupaciones acerca de vivir cerca de una planta química o una instalación eléctrica pero de hecho el lugar donde las personas se encuentran más expuestas a los químicos en las más altas concentraciones es en el consultorio del médico donde terminan atiborrados de químicos.

Debe haber una buena razón terapéutica para suministrar estos químicos medicinales pero los psiquiatras deberían reconocer que la situación es una en la cual existe la más alta probabilidad de que aparezcan problemas inducidos químicamente. Los psiquiatras que deseen hacerse una reputación por sí mismos deberían estar reportando con entusiasmo los problemas que ellos ven que les pasan a los pacientes –tales como intención suicida, dependencia física o defectos de nacimiento por antidepresivos o antipsicóticos. Esta es una forma de hacer progreso tanto en la terapia como en lo que concierne a la ciencia de cómo funciona el cuerpo humano.

Pero de hecho los psiquiatras no reportan más que 1 en 100 de los problemas que tienen lugar durante el tratamiento y, cuando lo hacen, los reguladores y las compañías ignoran estos informes y las revistas crecientemente se rehúsan a aceptar estos reportes. Un profundo silencio ha descendido sobre el campo que es malo para el cuidado clínico, malo para el desarrollo de drogas, malo para el progreso de la ciencia.

En parte, la negativa de las revistas a aceptar reportes de casos se basa en la preocupación de que puedan ser demandadas por las compañías farmacéuticas.

6. Mucho se ha publicado y escrito acerca de la influencia de los conflictos de intereses financieros en nuestras decisiones. ¿Qué hay de los conflictos de intereses no-financieros?

Como he señalado más arriba, así como pienso que los conflictos de intereses financieros son importantes y los conflictos de intereses no-financieros pueden ser de igual importancia, no creo que los conflictos de intereses sean una cuestión crítica. Creo que la cuestión clave es el acceso a los datos de los estudios científicos que han sido llevados a cabo.

Es la evaluación de estos datos por parte del grupo colectivo de científicos lo que determinará qué progreso se hace –los conflictos de interés financieros o no-financieros que pueda tener un científico individual o un médico pueden ser un problema o pueden ser un estímulo para hacer los tipos de investigación o reflexión continua acerca de un problema que lleve a valiosos progresos. Si ha existido un progreso o no, sin embargo, sólo puede ser confirmado por los datos y por el acceso sin restricciones a esos datos ■



el rescate y la memoria

Francis Bacon: en los orígenes del concepto moderno de evidencia

Norberto Aldo Conti

Biografía

Francis Bacon nació en York House, Londres, el 22 de enero de 1561; su padre, Nicolás Bacon, era un importante funcionario de la corona durante el reinado de Isabel I, y su madre, Ann Cooke, hija del preceptor de Eduardo VI, hablaba cinco idiomas y era considerada una de las mujeres más ilustradas de Inglaterra.

A los trece años Francis ingresa al Trinity College de Cambridge y permanece hasta 1576, año en el cual abandona sus estudios de ciencias convencido de que los conocimientos recibidos, basados en las doctrinas aristotélicas, eran erróneos; desde entonces pensó en la necesidad de un profundo replanteo de la filosofía y del conocimiento de la naturaleza, tanto en sus métodos como en sus objetivos.

Ese mismo año Francis y su hermano mayor Anthony ingresan a la carrera de funcionarios de la corona siendo destinados a Francia como agregados del embajador; en 1579, a la muerte de su padre, regresan a Inglaterra y Francis ingresa en Gray's Inn para estudiar derecho; luego de recibirse de abogado, en 1582, se dedica a la política y en 1593 es elegido como miembro del parlamento por el condado de Middlesex; su extensa carrera política incluye los cargos de Abogado Regio en 1604, Solicitador General en 1607, Procurador General del Reino en 1613 y Canciller de Inglaterra en 1618; recibe también los títulos nobiliarios de Barón de Verulan en 1618 y Vizconde

de St. Albans en 1621.



En 1621 sobreviene el fin de su carrera política al ser acusado de corrupción y juzgado por el Parlamento, es encarcelado pero el rey Jacobo I ordena su excarcelación hasta su sobreseimiento definitivo en 1624; en estos últimos años de su vida se dedicó por completo a la sistematización de su obra filosófica y científica, dispersa en diferentes publicaciones desde veint-

te años antes, en el programa que llamó *Instauratio Magna*; fallece en Highgate, Londres, el 9 de abril de 1626 como consecuencia de una neumonía.

Obras

Bacon emprendió una profunda transformación de la manera de pensar las ciencias en sus métodos y sus objetivos que intentó plasmar en una obra enfocada al desarrollo de los principios de una nueva filosofía a la que llamó *Filosofía Experimental*; con este objeto delineó el plan de una obra inmensa a la que llamó *Gran restauración de las ciencias o Instauratio Magna* de la cual, si bien solo pudo publicar las primeras dos partes de las seis partes establecidas en el proyecto inicial, en esta presentación daremos un esquema de toda la ambiciosa propuesta que pasamos a detallar.

1^{ra}. Parte: en 1605 publica en inglés un libro titulado *Proficiency and advancement of learning divine and human* (Utilidad y adelanto del saber divino y humano), en 1623 escribe una obra titulada *De dignitate et augmentis scienciarum* (De la dignidad y del progreso de las ciencias) en la cual refunde y da una visión definitiva de los postulados de la obra de 1605. Este tratado, del progreso de las ciencias, es una clasificación razonada de los conocimientos humanos dividida en tres saberes: historia, poesía y filosofía, correspondientes, según Bacon, a las tres facultades del espíritu humano: memoria, imaginación y razón. En esta obra luego de encomiar los alcances del conocimiento humano para el progreso de las ciencias realiza una fuerte crítica a la filosofía oficial de cuño escolástico por considerarla anquilosada en la lógica silogística heredada de la tradición aristotélica.

2^{da}. Parte: En 1606 publica una pequeña obra titulada *Cogitata et visa de interpretatione naturae* en la cual se encuentra el germen de su obra principal publicada en 1620 con el título de *Novum Organum, sive indicia vera de interpretatione naturae et regno hominis* (Nuevo órgano o verdaderas nociones de la interpretación de la naturaleza y del reino del hombre), esta es la obra de la cual presentamos una selección de fragmentos, un análisis pormenorizado de la misma se encontrará más adelante.

3^{ra}. Parte: La tercera parte de la gran renovación baconiana se titulaba *Fenómenos del universo o historia natural experimental para servir de fundamento a la filosofía*, pero de ella solo dejó un trabajo publicado luego de su muerte, en 1627, titulado *Sylva sylvanum sive historia naturalia* (Flores de la floresta o Historia Natural) en la cual reúne mil observaciones botánicas distribuidas en diez grupos de cien.

4^{ta}. Parte: De ella solo dejó el título *Scala intellectum* (Escala del Entendimiento), y la intención de conceptualizar el doble proceso de inducción y deducción que guía al entendimiento humano en la exploración

racional de la naturaleza.

5^{ta}. Parte: Aquí debía reunir los resultados provisionales de la ciencia y la llamó *Pródromos o anticipos de la Filosofía*, ella incluía las obras de Bacon sobre el peso y la ligereza, la densidad y la rareza, el sonido y el viento, etc.

6^{ta}. Parte: Esta última parte la denominó *Filosofía Segunda o Filosofía Activa*, en ella se proponía describir las aplicaciones de los principios científicos, el progreso de la experiencia y el consecuente desarrollo de la humanidad desde el punto de vista moral e intelectual. Si bien solo la esbozó como proyecto vemos en ella el germen de esa concepción típicamente moderna que liga el progreso material al desarrollo moral de la humanidad, ilusión occidental que se sostiene hasta la crisis de ideas iniciada en la Primera Guerra Mundial.

El Novum Organum

Queda claro, de la anterior presentación de la *Instauratio Magna* en su conjunto, que Bacon apunta a presentar y dejar como legado una transformación del método y los objetivos de la ciencia y a concientizar sobre el valor del desarrollo de las ciencias para el dominio humano del mundo material, avizora claramente el axioma de la ciencia y la filosofía del siglo XVIII: *saber es poder*.

En esta dirección de pensamiento el *Novum Organum* es la parte central de esa transformación. El mismo consta de una primera parte crítica (*destruens*) y una segunda parte propositiva o de enunciación del método (*construens*).

La primera parte desarrollo una crítica sistemática a la razón humana pura (desvinculada de la experiencia), a las demostraciones silogísticas y a las teorías y doctrinas tradicionales. Es por lo tanto, en su mayor parte, una crítica al *Organon* aristotélico, la gran estructura doctrinaria para el acceso al conocimiento constituido por la lógica del estagirita calibrada desde el siglo XI en adelante por los desarrollos de la escolástica latina. Son entonces atacadas en esta crítica tanto las categorías ontológicas clásicas (sustancia, cualidad, acción, pasión, etc.) como las cualidades físicas (pesado, húmedo, raro, seco, generación, atracción, repulsión, etc.); a estas últimas llama *anticipaciones de la naturaleza* porque, si bien hacen referencia y son un intento de conocimiento del mundo natural están viciadas de nulidad por la falta de fundamento en la experimentación. Este rechazo de todo conocimiento instaurado por fuera de la evidencia empírica metódicamente analizada introduce el ejercicio de la duda en el método baconiano al menos treinta años antes de la enunciación de la duda metódica por René Descartes (1596-1650) y en momentos en que el filósofo francés aún no había comenzado su

educación formal básica con los jesuitas en el Colegio de La Flèche.

Si aceptamos entonces que el rechazo del saber establecido y del principio de autoridad son dos categorías fundamentales de la Modernidad podemos decir que es Bacon el primero que los enuncia en forma sistemática y radical en la primera parte (*destruens*) del *Novum Organum*.

Tal vez el aforismo 26 de la primera parte sea el lugar de esta obra que mejor resume la articulación de esos dos momentos del método, *destruens* y *construens*:

Para hacer comprender bien nuestro pensamiento, damos a esas nociones racionales que se transportan al estudio de la naturaleza, el nombre de Anticipaciones de la naturaleza (porque son modos de entender temerarios y prematuros), y a la ciencia que deriva de la experiencia por legítima vía, el nombre de Interpretación de la naturaleza.

Tenemos entonces por un lado, *anticipaciones de la naturaleza* temerarias y prematuras que no resisten el ejercicio de la duda antes referido y, por otro lado, *interpretaciones de la naturaleza* derivadas de la legítima vía de la experiencia, ellas son el cometido de la segunda parte del método baconiano: ¿De qué manera debe el hombre, y con qué fundamento, interrogar a la naturaleza?

Bacon nos alerta de que no cualquier aproximación experimental es capaz de alcanzar un conocimiento verdadero, de hecho sus contemporáneos incurren en errores en la manera de utilizar los datos experimentales en la producción del saber científico de la época:

Ni hay ni pueden haber más que dos vías para la investigación y descubrimiento de la verdad: una que,

partiendo de la experiencia y de los hechos, se remonta en seguida a los principios más generales, y en virtud de esos principios que adquieren una autoridad incontestable, juzga y establece las leyes secundarias (cuya vía es la que ahora se sigue), y otra, que de la experiencia y de los hechos deduce las leyes, elevándose progresivamente y sin sacudidas hasta los principios más generales que alcanza en último término. Ésta es la verdadera vía; pero jamás se la ha puesto en práctica.

Y rápidamente aclara la diferencia metodológica:

Uno y otro método parten de la experiencia y de los hechos, y se apoyan en los primeros principios; pero existe entre ellos una diferencia inmensa, puesto que el uno sólo desflora de prisa y corriendo la experiencia y los hechos, mientras que el otro hace de ellos un estudio metódico y profundo; el uno de los métodos, desde el comienzo, establece ciertos principios generales, abstractos e inútiles, mientras que el otro se eleva gradualmente a las leyes que en realidad son más familiares a la naturaleza.

He aquí la diferencia fundamental de la vía baconiana: en lugar de pasar de la experiencia a los principios generales de manera rápida y acrítica el verdadero método experimental exige un proceso lento y acumulativo de ida y vuelta de la experiencia a los axiomas intermedios y de estos nuevamente a otras experiencias que objetivan nuevos hechos, no es esto otra cosa que el lento y paciente proceso inductivo-deductivo que madurará en los siguientes siglos.

Cuando Claude Bernard publique su *Introducción a la medicina experimental*, en 1865, habrán pasado 240 años desde que Francis Bacon hubo completado lo esencial de su *Instaurato Magna*: el *Novum Organum* que hoy presentamos a nuestros lectores ■

Novum Organum (1620)

Sive indicia vera de interpretatione naturae et regno hominis

Francis Bacon

Traducción de Cristóbal Litrán (1892)

Prefacio del autor

I. Aquellos que se han atrevido a hablar dogmáticamente de la naturaleza como de un sujeto explorado, sea que les haya inspirado esta audacia su espíritu excesivamente confiado o su vanidad y el hábito de hablar magistralmente, han ocasionado un perjuicio muy grande a la filosofía y a las ciencias. Mandando la fe con autoridad, supieron, con no menos poderío, oponerse e impedir toda investigación, y por sus talentos más comprometieron la causa que prestaron servicio a la verdad, ahogando y corrompiendo anticipadamente el genio de los otros. (...)

II. En cuanto a nuestro método, es tan fácil de indicar como difícil de practicar. Consiste en establecer distintos grados de certeza; en socorrer los sentidos limitándolos; en proscribir las más de las veces el trabajo del pensamiento que sigue la experiencia sensible; en fin, en abrir y garantizar al espíritu un camino nuevo y cierto, que tenga su punto de partida en esta experiencia misma. (...) No está nuestra filosofía al alcance de la mano, no se la puede coger al paso; no se apoya en las prenociones que halagan el espíritu; finalmente, no se la podrá poner al alcance del vulgo, a no ser por sus efectos y sus prácticas consecuencias. (...)



Novum Organum, portada de la 1ª. Edición de 1620

Libro Primero

1. El hombre, servidor e intérprete de la naturaleza, ni obra ni comprende más que en proporción de sus descubrimientos experimentales y racionales sobre las leyes de esta naturaleza; fuera de ahí, nada sabe ni nada puede.

2. Ni la mano sola ni el espíritu abandonado a sí mismo tienen gran potencia; para realizar la obra se requieren instrumentos y auxilios que tan necesarios son a la inteligencia como a la mano. Y de la misma suerte que los instrumentos físicos aceleran y regulan el movimiento de la mano, los instrumentos intelectuales facilitan o disciplinan el curso del espíritu.

(...)

7. La industria manual y la de la inteligencia humana parecen muy variadas, a juzgar por los oficios y los libros. Pero toda esa variedad reposa sobre una sutilidad extrema y la explotación de un reducido número de experiencias que han llamado la atención, y no sobre una abundancia suficiente de principios generales.

8. Hasta aquí todos nuestros descubrimientos se deben más bien a la casualidad y a las enseñanzas de la práctica que a las ciencias; pues las ciencias que hoy poseemos no son otra cosa que cierto arreglo de descubrimientos realizados. Las ciencias hoy no nos enseñan ni a hacer nuevas conquistas ni a extender nuestra industria.

(...)

11. De la propia suerte que las ciencias en su estado actual no pueden servir para el adelanto de la ciencia.

12. La lógica en uso es más propia para conservar y perpetuar los errores que se dan en las nociones vulgares que para descubrir la verdad; de modo que es más perjudicial que útil.

(...)

14. El silogismo se compone de proposiciones, las proposiciones de términos; los términos no tienen otro valor que el de las nociones. He aquí por qué si las nociones (y éste es punto fundamental) son confusas debido a una abstracción precipitada, lo que sobre ellas se edifica carece de solidez; no tenemos, pues, confianza más que en una legítima *inducción*.

15. Nuestras nociones generales, sea en física, sea en lógica, nada tienen de exactas; las que tenemos de la sustancia, de la calidad, de la acción, la pasión, del ser mismo, no están bien fundadas; menos lo

están aún las que expresan los términos: lo grave, lo ligero, lo denso, lo raro, lo húmedo, lo seco, generación, corrupción, atraer, repeler, elemento, materia, forma, y otros de igual naturaleza, todas estas ideas provienen de la imaginación y están mal definidas.

16. Las nociones de las especies últimas, como las de hombre, perro, paloma, y las de las percepciones inmediatas de los sentidos, como el frío, el calor, lo blanco, lo negro, no pueden inducirnos a gran error; y sin embargo, la movilidad de la materia y la mezcla de las cosas las encuentran a veces defectuosas. Todas las otras nociones que hasta aquí ha puesto en juego el espíritu humano, son verdaderas aberraciones y no han sido deducidas de la realidad por una abstracción y procedimientos legítimos.

(...)

18. Hasta aquí, los descubrimientos de la ciencia afectan casi todos el carácter de depender de las nociones vulgares; para penetrar en los secretos y en las entrañas de la naturaleza, es preciso que, tanto las nociones como los principios, sean arrancados de la realidad por un método más cierto y más seguro, y que el espíritu emplee en todo mejores procedimientos.

19. Ni hay ni pueden haber más que dos vías para la investigación y descubrimiento de la verdad: una que, partiendo de la experiencia y de los hechos, se remonta en seguida a los principios más generales, y en virtud de esos principios que adquieren una autoridad incontestable, juzga y establece las leyes secundarias (cuya vía es la que ahora se sigue), y otra, que de la experiencia y de los hechos deduce las leyes, elevándose progresivamente y sin sacudidas hasta los principios más generales que alcanza en último término. Ésta es la verdadera vía; pero jamás se la ha puesto en práctica.

20. La inteligencia, abandonada a sí misma sigue la primera de dichas vías, que es también el camino trazado por la dialéctica; el espíritu, en efecto arde en deseos de llegar a los primeros principios para descansar; apenas ha gustado la experiencia cuando la desdena; pero la dialéctica ha desenvuelto singularmente todas esas malas tendencias para dar más brillo a la argumentación.

21. La inteligencia, abandonada a sí misma en un espíritu prudente, paciente y reflexivo, sobre todo cuando no está cohibido por las doctrinas recibidas, intenta también tomar el otro camino, que es el cierto; pero con poco éxito, pues el espíritu sin regla ni apoyo es muy desigual y completamente incapaz de penetrar las sombras de la naturaleza.

22. Uno y otro método parten de la experiencia y de los hechos, y se apoyan en los primeros princi-

pios; pero existe entre ellos una diferencia inmensa, puesto que el uno sólo desflora de prisa y corriendo la experiencia y los hechos, mientras que el otro hace de ellos un estudio metódico y profundo; el uno de los métodos, desde el comienzo, establece ciertos principios generales, abstractos e inútiles, mientras que el otro se eleva gradualmente a las leyes que en realidad son más familiares a la naturaleza.

(...)

24. Es absolutamente imposible que los principios establecidos por la argumentación puedan extender el campo de nuestra industria, porque la sutilidad de la naturaleza sobrepaja de mil maneras a la sutilidad de nuestros razonamientos. Pero los principios deducidos de los hechos legítimamente y con mesura, revelan e indican fácilmente a su vez hechos nuevos, haciendo fecundas las ciencias.

25. Los principios hoy imperantes tienen origen en una experiencia superficial y vulgar, y en el reducido número de hechos que por sí mismos se presentan a la vista; no tienen otra profundidad ni extensión más que la de la experiencia; no siendo, pues, de extrañar que carezcan de virtud creadora. Si por casualidad se presenta un hecho que aún no haya sido observado ni conocido, se salva el principio por alguna distinción frívola, cuando sería más conforme a la verdad modificarlo.

26. Para hacer comprender bien nuestro pensamiento, damos a esas nociones racionales que se transportan al estudio de la naturaleza, el nombre de *Anticipaciones de la naturaleza* (porque son modos de entender temerarios y prematuros), y a la ciencia que deriva de la experiencia por legítima vía, el nombre de *Interpretación de la naturaleza*.

27. Las prenociones tienen potencia suficiente para determinar nuestro asentimiento; ¿no es cierto que si todos los hombres tuviesen una misma y uniforme locura, podrían entenderse todos con bastante facilidad?

(...)

30. Aun cuando todas las inteligencias de todas las edades aunasen sus esfuerzos e hicieran concurrir todos sus trabajos en el transcurso del tiempo, poco podrían avanzar las ciencias con la ayuda de las prenociones, porque los ejercicios mejores y la excelencia de los remedios empleados, no pueden destruir errores radicales, y que han tomado carta de naturaleza en la constitución misma del espíritu.

31. Es en vano esperar gran provecho en las ciencias, injertando siempre sobre el antiguo tronco; antes al contrario, es preciso renovar todo, hasta las raíces más profundas, a menos que no se quiera

dar siempre vueltas en el mismo círculo y con un progreso sin importancia y casi digno de desprecio.

(...)

34. Explicar y hacer comprender lo que pretendemos, no es cosa fácil, pues jamás se comprende lo que es nuevo, sino por analogía, con lo que es viejo.

(...)

36. El único medio de que disponemos para hacer apreciar nuestros pensamientos, es el de dirigir las inteligencias hacia el estudio de los hechos, de sus series y de sus órdenes, y obtener de ellas que por algún tiempo renuncien al uso de las nociones y empiecen a practicar la realidad.

(...)

46. El espíritu humano, una vez que lo han reducido ciertas ideas, ya sea por su encanto, ya por el imperio de la tradición y de la fe que se les presta, vese obligado a ceder a esas ideas poniéndose de acuerdo con ellas; y aunque las pruebas que desmienten esas ideas sean muy numerosas y concluyentes, el espíritu o las olvida, o las desprecia, o por una distinción las aparta y rechaza, no sin grave daño; pero preciso le es conservar incólume toda la autoridad de sus queridos prejuicios.(...)

(...)

49. El espíritu humano no recibe con sinceridad la luz de las cosas, sino que mezcla a ella su voluntad y sus pasiones; así es como se hace una ciencia a su gusto, pues la verdad que más fácilmente admite el hombre, es la que desea. (...)

(...)

82. El objeto y fin último de las ciencias, han sido, pues, mal establecidos por los hombres; pero aun cuando los hubieren fijado bien, el método era erróneo e impracticable. Cuando se reflexiona acerca de ello, sobrecógele aún el estupor, viendo que nadie haya puesto empeño, ni ocupándose siquiera, en abrir al espíritu humano una vía segura, que partiese de la observación y de una experiencia bien regulada y fundada, sino que todo se haya abandonado a las tinieblas de la tradición, a los torbellinos de la argumentación, a las inciertas olas del azar y de una experiencia sin regla ni medida. Examínese con imparcialidad y atención cuál es el método que los hombres han empleado de ordinario en sus investigaciones y en sus descubrimientos, y se observará desde luego un modo de descubrimiento bien simple y desprovisto de arte, que es muy familiar a todas las inteligencias. Ese modo consiste, cuando se empen-

de una investigación, en informarse, ante todo, de cuanto los otros han dicho sobre el asunto, añadiendo en seguida sus propias meditaciones, agitando y atormentando mucho el espíritu e invocándole en cierto modo, para que pronuncie los oráculos; procedimiento que carece por completo de valor, y tiene por único fundamento las opiniones.

(...)

84. Otra causa que detuvo el progreso de las ciencias, es que los hombres se vieron retenidos, como fascinador, por su ciego respeto por la antigüedad, por la autoridad de los que se consideraban como grandes filósofos, y en fin, por el general acatamiento que se les prestaba. (...)

(...)

90. Por otra parte, descúbrese que todo es contrario al progreso de las ciencias, en las costumbres y en los estatutos de las escuelas, de las academias, de los colegios y otros establecimientos semejantes, destinados a ser la residencia de los hombres doctos y el foco de la ciencia. De tal modo están en ellos dispuestos las lecturas y los ejercicios, que no puede el espíritu pensar ni estudiar, sea lo que fuere, fuera de aquellos hábitos. Si uno u otro se impone la tarea de usar de la libertad de su juicio, se crea una tarea solitaria, pues no puede esperar socorro alguno de la sociedad de sus colegas. Si aborda semejantes dificultades, habrá de reconocer que tales celo y magnanimidad, son serios obstáculos para su carrera; pues los estudios en aquellos establecimientos están encerrados en los escritos de ciertos autores, como en una prisión. Si alguno expresa una opinión diferente de la de ellos, se le acosa en el acto como a díscolo y sectario de novedades. Pero va gran diferencia entre el mundo político y el mundo científico: este último no peligra como el otro por un nuevo movimiento o por nuevas luces. En un Estado es temido el cambio, aun en sentido de mejorar, a causa de los trastornos que ocasiona, pues la fuerza de los estados radica en la autoridad, la concordancia de los espíritus, la reputación que se hayan conquistado, la opinión de su poderío, y no en las demostraciones. En las ciencias y en las artes, al contrario, como en las minas de metales, debe continuamente resonar el eco del ruido de nuevos trabajos de progresos ulteriores. Esto está en conformidad con la sana razón, pero se está lejos de acomodarse a ello en la práctica; y la dirección de las doctrinas, y esta policía de las ciencias de que hablamos, han detenido en gran manera a los progresos.

(...)

95. Las ciencias han sido tratadas o por los empíricos o por los dogmáticos. Los empíricos, semejantes

a las hormigas, sólo deben recoger y gastar, los racionalistas, semejantes a las arañas, forman telas que sacan de sí mismos; el procedimiento de la abeja ocupa el término medio entre los dos; la abeja recoge sus materiales en las flores de los jardines y los campos, pero los transforma y los destila por una virtud que le es propia. Ésta es la imagen del verdadero trabajo de la filosofía, que no se fía exclusivamente de las fuerzas de la humana inteligencia y ni siquiera hace de ella su principal apoyo; que no se contenta tampoco con depositar en la memoria, sin cambiarlos, los materiales recogidos en la historia natural y en las artes mecánicas, sino que los lleva hasta la inteligencia modificados y transformados. Por esto todo debe esperarse de una alianza íntima y sagrada de esas dos facultades experimental y racional, alianza que aún no se ha verificado.

(...)

100. No sólo es preciso investigar y recoger mayor número de experiencia y de distinto género de las que hoy poseemos, si que también emplear un método completamente diferente, y seguir orden y otra disposición en el encadenamiento y la gradación de las experiencias. Una experiencia vaga que no tiene otro objeto que ella misma, como ya hemos dicho, es un simple tanteo, más propio para oscurecer que para ilustrar el espíritu del hombre; pero cuando la experimentación siga reglas ciertas y avance gradualmente en un orden metódico, entonces se podrá esperar mayor resultado de las ciencias.

(...)

102. A más, como el número, y he dicho casi el ejército de hechos, es inmenso y está disperso hasta el punto de confundir la inteligencia, nada hay que esperar de bueno de las escaramuzas, de los movimientos ligeros y de los reconocimientos hechos a derecha y a izquierda por el espíritu, a menos que no obedezcan a un plan y estén coordinados en tablas especiales de descubrimientos, bien dispuestas y en cierto modo vivas, en las que vayan a reunirse toda las experiencias relativas al objeto de investigación, y que el espíritu se apoye en esas tablas bien ordenadas que preparan su trabajo.

(...)

108. Hasta aquí hemos demostrado cómo rechazando o corrigiendo los errores del pasado, se quita al espíritu todo motivo de desesperación y se hace nacer en él la esperanza. Es preciso ver ahora si la esperanza puede venirnos de otras partes además. Ante todo se nos presenta esta idea: que si se han hecho tantos descubrimientos útiles por casualidad, cuando los hombres lejos de buscarlos pensaban en muy distinta cosa, nadie puede dudar de que necesariamente deben hacerse muchos más descubrimien-

tos, cuando los hombres los busquen intencionalmente, con orden y con método, no corriendo y revoloteando. (...)

(...)

115. Hemos dicho lo suficiente para poner término a la desesperación, uno de los obstáculos más poderosos que se oponen y detienen el progreso de las ciencias. (...) Y aquí debe terminar la parte destructiva de nuestra *instauración*, que comprende tres críticas: crítica de la razón humano pura y abandonada a sí misma; crítica a las demostraciones, y crítica de las teorías o de las filosofías y doctrinas admitidas hasta hoy. (...) Ya es, pues, tiempo de llegar al arte y a las reglas de *la interpretación de la naturaleza* (...). Como nos hemos propuesto en este primer libro de los *Aforismos* preparar las inteligencias a comprender y recibir lo que seguirá, ahora que el terreno está desbrozado y completamente limpio, réstanos poner al espíritu en buena disposición y hacerle favorable a los principios que queremos proponerle. (...)

(...)

Libro Segundo

10. (...) Los preceptos para la *interpretación de la naturaleza*, se dividen en dos clases: los primeros enseñan a deducir y a hacer salir de la experiencia las leyes generales; los segundos a derivar de las leyes generales nuevas experiencias. (...) Conviene ante todo formar una *historia natural y experimental* suficiente y exacta; lo que constituye el fundamento de toda ciencia, y no conviene fingir e imaginar, sino descubrir lo que hace y admite la naturaleza. La *historia natural y experimental* es tan vasta y variada que confundiría y esterilizaría la inteligencia, si no se la estableciere y distribuyere en un orden conveniente. Es preciso, pues, formar *tablas y encadenamientos de hechos*, distribuidos de manera tal y con tal orden, que la inteligencia pueda operar sobre ellos. Pero a pesar de tales auxilios, el espíritu, abandonado a sí mismo y a sus libres movimientos, es impotente e inhábil para descubrir las leyes generales; es preciso regularlo y prestarle socorros. He aquí por qué en tercer lugar, es preciso emplear una *inducción* legítima y verdadera, que es en sí misma *la clave de la interpretación* ■



confrontaciones



23° Congreso del Colegio Europeo de Psicofarmacología (23rd ECNP Congress)

28 August - 1st September 2010
Amsterdam, The Netherlands

Pablo M. Gabay

En Ámsterdam, Holanda, con más de 7.000 inscriptos, provenientes de 94 países, y como ocurre anualmente, se llevó a cabo el 23° Congreso del Colegio Europeo de Psicofarmacología. Concurrieron participantes de los cinco continentes del globo, con prevalencia europea: el 43,86% lo constituyeron los participantes europeos (España aportó la mayor cantidad con 525 inscriptos, seguida por Francia con 409, Alemania con 405 e Italia con 349; hubo 322 participantes holandeses), el 1,79% (129 profesionales) provino de EE.UU. y Argentina aportó un 1,14% (82) de los inscriptos.

El Colegio Europeo de Psicofarmacología (ECNP por su sigla en inglés) es una asociación científica independiente, fundada en 1987, que busca alentar la investigación en neurociencias y trasladar los descubrimientos a las aplicaciones clínicas. Se trata de un foro interdisciplinario europeo para el estudio de las neurociencias, el cerebro y sus trastornos. Para lograr sus objetivos organiza congresos regionales e internacionales, otorga premios y subsidios para la investigación y publica resultados de investigaciones originales de ciencias básicas y clínicas en su revista: *European Neuropsychopharmacology*. También se relaciona con organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea, a fin de dar su opinión sobre diversos aspectos de las enfermedades mentales. Otro objetivo es informar al

público en general acerca de las enfermedades mentales y la investigación en neurociencias.

El congreso anual reúne en un mismo sitio a especialistas en ciencias básicas y clínicas como psiquiatras, neurólogos, psicólogos e investigadores en neurociencias de todo el mundo.

El extenso programa científico constó de cinco líneas directrices (*tracks*): preclínica, clínica, educativa, interfase y tratamiento. Además, hubo conferencias plenarias, sesiones de pósters, sesiones de *brainstorming* y simposios, algunos simposios satélites auspiciados por empresas farmacéuticas y otros de la misma ECNP. Mucho de este material fue subido a internet en forma de *webcasts* a los que se puede acceder libremente en la página *web* de la ECNP.

La organización fue impecable y nada fue dejado al azar. Como muestra: en una ciudad en la que llueve más de 220 días al año, en los maletines que se entregaban a los participantes se incluyó un paraguas. Otro: como el centro de convenciones estaba alejado de las zonas de hoteles y restaurantes (unos 15 minutos en taxi o 30 minutos en los modernísimos tranvías holandeses), todos los días se ofrecía un almuerzo en el centro de convenciones y también se incluyó con la inscripción un boleto para el tranvía con validez para los días del congreso.

A partir del día 29, comenzaron las actividades con reuniones de *brainstorming* a las 7:45 hs. A partir de las 9 y hasta las 16 hs. se llevaba a cabo el resto de las actividades; las educacionales de actualización de 9 a 11 y de 14 a 16 hs., con un tema principal por día.

Para la difusión de la información se organizaron tres interesantísimas conferencias de prensa. En la primera, el Dr. Jim van Os, Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Maastricht, Holanda, se refirió a las *"Interacciones gen-ambiente: un modelo para las psicosis"*. Actualmente se plantea un abordaje "genotipo x interacción ambiental" -especialmente para la esquizofrenia y los trastornos relacionados-, en el cual factores de vulnerabilidad genética interactúan con factores complejos de vulnerabilidad física, psicológica y ambiental.

En la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados, la prevalencia media de experiencias psicóticas subclínicas alcanza el 5% y su incidencia el 3%. Estudios de seguimiento indican que del 75% al 95% de las experiencias psicóticas es transitorio y desaparece con el tiempo, pero que las expresiones de psicosis transitorias del desarrollo (propensión a la psicosis) pueden hacerse anormalmente persistentes (persistencia) y posteriormente adquirir relevan-

cia clínica (discapacidad) según el grado de riesgo ambiental al que la persona esté expuesta (modelo de psicosis propensión -persistencia- discapacidad).

Según este enfoque, existe un sinergismo en el origen de la psicosis en el cual el efecto de uno de los factores condiciona al otro. Los genes no actuarían de manera directa causando la enfermedad (más del 50% de la vulnerabilidad a la esquizofrenia es de origen genético), sino que actuarían de forma indirecta, sobre las vías fisiológicas, volviendo a los individuos más sensibles a los efectos de los factores de riesgo ambientales. Entre ellos, los estudios epidemiológicos señalan como muy importantes: vivir en la ciudad (el riesgo aumenta a más del doble en los niños que viven en ciudades en comparación con los que viven en el campo); la migración (el riesgo de desarrollar trastornos psicóticos es mucho más alto en migrantes que en las comunidades de origen o de destino); uso de Cannabis (especialmente el uso intensivo en la adolescencia); victimización infantil (abuso, negligencia o violencia, ya que existe un vínculo entre el trauma infantil y la psicosis).

La importancia de estos factores llevó a la génesis de un ambicioso proyecto interdisciplinario europeo,



el Proyecto EU-GEI, que se llevará a cabo en 15 países europeos y con 7.500 pacientes y sus familias y desarrollará herramientas específicas a fin de poder evaluar la interacción genes-ambiente.

El Dr. Philippe Fossati, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de París VI y Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Pitié-Salpêtrière, en París, Francia (hospital en donde trabajó otro Philippe, Pinel, el fundador de la psiquiatría moderna), disertó acerca de las *“Bases neuronales del self depresivo”*.

Señaló que los estudios con resonancia magnética cerebral funcional en pacientes con depresión muestran la activación anormal de la región medial prefrontal, involucrada en el control cognitivo y la respuesta emocional (p. ej., sentimiento de culpa y rumiación). Este patrón de activación se mantiene activo en el curso de la depresión aún ocho semanas después de iniciado el tratamiento anti-depresivo y sugiere que, luego de la remisión, los pacientes requerirán un tratamiento complementario (p. ej., terapia cognitiva) para disminuir el riesgo de recaída. Estos hallazgos muestran que los estudios de imágenes cerebrales podrían proveer biomarcadores para el diagnóstico y para mejorar las posibilidades del paciente de responder a moda-

lidades específicas de tratamiento, adecuando éste al cerebro y a las necesidades biológicas de cada paciente.

La tercera conferencia estuvo a cargo de la Dra. Anna Wirz-Justice, Profesora Emérita en el Centro de Cronobiología de la Clínica Psiquiátrica Universitaria en Basel, Suiza. Fue ella quien introdujo la terapia lumínica en Europa y también quien estudió los efectos antidepresivos de la privación del sueño a comienzos de la década de 1970. Su presentación se centró sobre *“Los ritmos circadianos y su disfunción en los trastornos afectivos”*.

Señaló que la disfunción circadiana tiene drásticas consecuencias sobre las funciones cerebrales, alterando la conducta, la cognición y el afecto. Estos ritmos circadianos están sincronizados por un reloj biológico, un marcapasos principal, ubicado en el núcleo supraquiasmático (SCN), y “osciladores” circadianos locales en todos los tejidos periféricos. Este reloj está sincronizado con el ciclo luz-oscuridad a través de la retina, modula la liberación de melatonina por la glándula pineal y los relojes periféricos y se regula por mecanismos de retroalimentación. Existe una jerarquía de relojes que interactúan. Así, en todas las células cambia rítmicamente la expresión de sus genes en el ciclo de 24 horas. La observación de que



una mutación en el reloj central de los ratones induce hiperactividad, disminución del sueño y conducta similar a la manía generó interés en el papel de la desregulación circadiana en los trastornos mentales, especialmente en los trastornos afectivos.

La Dra. Wirz-Justice llamó la atención sobre la diseminada ignorancia que existe acerca de la cronoterapia, pese a la base de evidencias que la sostienen. La definió como la exposición controlada a los estímulos ambientales que actúan sobre los ritmos biológicos o las manipulaciones directas del sueño para lograr efectos terapéuticos en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Su objetivo principal es sincronizar los ritmos circadianos alterados y sus indicaciones abarcan los trastornos afectivos en varias formas, la bulimia, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD), el jet-lag y los horarios rotativos, entre otros. La cronoterapia incluye: la terapia de luz, la terapia de oscuridad, la terapia de despertar y el uso de melatonina exógena. Todas ellas pueden combinarse entre sí y con las drogas tradicionales. Concluyó que se trata de una nueva síntesis de intervenciones no farmacológicas que debería enseñarse en las escuelas de medicina y en la residencia y que debería aplicarse con mayor frecuencia e investigarse más en forma urgente.

Entre los simposios satélites, hubo uno muy interesante: *"Redefiniendo las estrategias de tratamiento en las psicosis y la manía"*, coordinado por el Dr. Henry Nasrallah (Universidad de Cincinnati, EE. UU.), con la participación de Peter Falkai (Universidad de Göttingen, Alemania), Allan H. Young (Universidad de British Columbia, Canadá) y René Kahn (Universidad de Utrecht, Holanda).

En la introducción, el Dr. H. Nasrallah comentó las causas principales de discapacidad en el mundo, para resaltar que la esquizofrenia se halla en el quinto lugar entre los varones y en el sexto entre las mujeres; el trastorno bipolar ocupa el séptimo y el octavo lugar, respectivamente. La depresión, en cambio, se halla en primer lugar en ambos sexos.

La esquizofrenia y la enfermedad bipolar comparten un número importante de rasgos clínicos y biológicos, tanto a nivel individual como familiar, lo que hace que también compartan las drogas que se utilizan en el tratamiento, p. ej., los antipsicóticos atípicos.

El Dr. P. Falkai (*"Alivio de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia"*), se refirió a la heterogeneidad de la esquizofrenia, cómo todos los dominios de síntomas (positivos, negativos, cognitivos y



del humor) llevan al deterioro del funcionamiento global de la persona. Relacionó los diferentes cursos de evolución observables, tanto para la esquizofrenia como para el trastorno bipolar, con el resultado esperable del tratamiento y con el pronóstico. Así, el 50% de los afectados, sea por el trastorno bipolar o por la esquizofrenia, tiene tratamiento efectivo y buen pronóstico.

Resaltó que los clínicos tratan dominios psicopatológicos, no diagnósticos, y la importancia de la continuidad de los cuidados para prevenir la recaída y se refirió al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia que no responden al tratamiento estándar. Resaltó la importancia de evaluar, antes de cambiar un tratamiento, el diagnóstico, las comorbilidades y la adherencia. Este último un punto al que en la práctica no siempre se le da la importancia que merece. En casos de respuesta parcial recomendó el aumento de dosis, la adición de un segundo antipsicótico, de estabilizadores del humor, de antidepresivos y/o de benzodiazepinas, el cambio a un antipsicótico con un perfil de receptores distinto, la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcranial. Mostró como ejemplo que la combinación de clozapina con haloperidol lleva a un 40% más de ocupación de los receptores D₂ que iguales dosis clozapina sola. Y en el plano de

las psicoterapias, recomendó la terapia cognitiva conductual y la psicoeducación.

Con respecto al tratamiento de la esquizofrenia, separó el cuadro agudo del de largo plazo, ya que sus objetivos inmediatos son distintos: optimizar el tratamiento en el primero, lograr la recuperación funcional en el último, con tolerancia aceptable de las drogas en ambos. El gran peligro lo constituyen las recaídas, que provocan un aumento de los síntomas negativos. Los estudios con risperidona mostraron que las tasas de recaída aumentan (de hasta un 30,5% a los dos años y medio) al disminuir la dosis, por lo que la dosis eficaz en el episodio agudo es la que debe mantenerse.

El Dr. A. H. Young, (*"El viaje del paciente: de la manía aguda a la remisión"*) disertó sobre el desafío de diagnóstico que representan el trastorno bipolar y las depresiones y que da por resultado que el error diagnóstico sea común (un tercio de los afectados) en el trastorno bipolar. Ello es así por que el diagnóstico inicial puede llevar 10 años o más, las comorbilidades (ansiedad, abuso de sustancias, trastornos cognitivos y de la alimentación) y la superposición de síntomas son muy frecuentes y se presenta con síntomas depresivos que son, además, predominantes en el curso de la enfermedad.



Con respecto a la manía bipolar, el desafío es hacer el diagnóstico diferencial con la hipomanía, pues por sus características aumenta la carga de la enfermedad (disfunción más severa, mayor necesidad de internación, pérdida del juicio de mayor duración, síntomas psicóticos) y puede, potencialmente, complicar el curso del tratamiento. Por ello se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos (quetiapina, aripiprazol, ziprasidona) y de estabilizadores del humor (litio, divalproato) como primera línea de tratamiento. La clave es iniciar el tratamiento teniendo en cuenta el tratamiento de mantenimiento y la prevención de la recurrencia, tanto de la depresión como de la manía. La evidencia presentada apoya la eficacia de la quetiapina para prevenir tanto la recurrencia maníaca como la depresiva.

Por último, el Dr. René Kahn, (*“Tratando los síntomas, ¿qué le importa al paciente?”*) se refirió a la adherencia al tratamiento, especialmente en la esquizofrenia, y a la suspensión del tratamiento psicofarmacológico como predictor de la recaída, que alcanza al 23% de los casos con una suspensión mayor a 30 días. La tasa acumulativa de recaída dentro de los cinco años de recuperación de un primer o un segundo episodio de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo por el abandono de la

medicación es cinco veces mayor, alcanzando el 81,8% y 78%, respectivamente.

Otro punto importante al que hizo referencia, relacionado con el anterior, es la pérdida de tejido cerebral, que se vincula con la duración de la psicosis y la recaída psicótica y que lleva a malos resultados a largo plazo.

Finalmente comentó algunos resultados del Ensayo Europeo de Primer Episodio de Esquizofrenia (EUFEST, por sus siglas en inglés). Se trató de un estudio multicéntrico (50 centros en 13 países europeos e Israel) del primer episodio esquizofrénico, de un año de duración, naturalístico, abierto, con selección al azar. Utilizó como comparación bajas dosis de un antipsicótico, en dosis equivalente iguales o menores a 4 mg./día de haloperidol y tomó como variables la permanencia en el estudio o la reinternación. Concluyó que durante el primer año es posible alcanzar tasas de adherencia del 70%, que las tasas de discontinuación, resultado general y efectos colaterales motores diferencian al haloperidol de los antipsicóticos atípicos (en este estudio: quetiapina, olanzapina, amisulpirida, ziprasidona). También, que la tasa de adherencia mejora cuanto menos frecuente es la dosificación (bajando del 80% con una toma diaria a un 60% con cuatro tomas diarias). Así, las nuevas formula-



ciones de antipsicóticos pueden llevar a una mejora de la adherencia al tratamiento.

En resumen, un congreso “a la europea” de alto nivel científico y bases sólidas, inteligentemente dividido en cinco aspectos principales y con un trato equilibrado entre ellos, en los que no faltaron

ni la actualización, ni la clínica, ni la investigación básica y clínica, ni la interrelación entre diferentes disciplinas que apuntan al mismo objetivo: la salud mental y el bienestar de los afectados. El próximo será en París, del 3 al 7 de septiembre de 2011. Algo para tener en cuenta ■



proyecto
suma
Asistencia y Rehabilitación
en Salud Mental

**Construimos
alternativas
para el alivio,
la recuperación
y la integración
de nuestros
pacientes.**

Asistencia
Rehabilitación
Reinserción social
Docencia e investigación

> consultorios **externos**
> hospital **de día**
> club de **fin de semana**

> programas **especiales:**
• adultos mayores
• personas con trastornos del ánimo
• personas con esquizofrenia

Dr. Pedro I. Rivera 2985 / (5411) 4543-4100
info@proyectosuma.org / www.proyectosuma.org

Simposio INECO 2010

2 de noviembre de 2010, Buenos Aires

Pablo Miguel Gabay
Mónica D. Fernández Bruno

Por segundo año consecutivo, se llevó a cabo en el cómodo y moderno auditorio del MALBA, en Buenos Aires, una jornada científica internacional de alto nivel organizada conjuntamente por INECO (Instituto de Neurología Cognitiva), FINECO (su fundación) y el Instituto de Neurociencias de la Universidad Favaloro. Fueron sus temáticas principales las enfermedades graves del cerebro: esquizofrenia, autismo, enfermedad bipolar, epilepsia, depresión, traumatismo encefalo-craneano, enfermedad de Parkinson y demencia.

El Dr. Anthony Grace, de la Universidad de Pittsburg, EE. UU., se refirió a los "Nuevos descubrimientos en la patofisiología de la esquizofrenia: insights para el desarrollo de nuevos tratamientos y la prevención". Al respecto, mencionó la evidencia de una correlación entre la hiperactividad de la región hipocámpica, la presencia de un estado hiperdopaminérgico y la psicosis. Esta situación pudo ser reproducida en un modelo animal de esquizofrenia en ratas. Para ello, se administró una mitotoxina, el acetato de metilazoximetanol (MAM), a ratas embarazadas y luego se examinaron las crías al llegar a adultas. Estas mostraron algunas características de la esquizofrenia, entre ellas la hiper-respuesta a las anfetaminas. Efectuando un registro electrofisiológico in vivo, se halló que las neuronas de la región ventral del subiculum del hipocampo de estas ratas estaban hiperactivas, en correspondencia con un aumento en la cantidad de neuronas dopaminicas mesolímbicas descargando espontáneamente. Este aumento provocó que el

sistema dopaminérgico respondiera exageradamente a los estímulos fásicos entrantes. La inactivación del subiculum revirtió esta situación y normalizó la respuesta a las anfetaminas.

Estas ratas tratadas con MAM también mostraron una disminución de interneuronas GABAérgicas, de igual modo a como se las observa en los estudios post-mortem de sujetos esquizofrénicos. Esta disminución de interneuronas se correspondió con una pérdida de actividad gamma condicionada evocada por estímulos en esta región. Así, la pérdida de actividad de estas interneuronas en el subiculum lleva a una hipersensibilidad del sistema dopaminérgico. La restauración de la transmisión GABA por medio de una benzodiazepina alfa-5 selectiva normalizó específicamente la actividad de las neuronas dopaminérgicas en estas ratas tratadas con MAM.

En su conferencia "Entendiendo las emociones: claves provenientes del cerebro, los genes y el autismo", el Dr. Bhismadev Chakrabarti, de la Universidad de Reading, en Gran Bretaña, dió un panorama general de las bases neurales de la percepción de la emoción -posibles a partir de la evolución de los estudios por neuroimágenes en los últimos 20 años- y se centró en las variaciones neurobiológicas individuales que explican por qué algunas personas reconocen las emociones de otros rápidamente, mientras que a otras les toma más tiempo. Esto tiene una relevancia particular en las condiciones del espectro autista, a

menudo caracterizadas por alteraciones en el reconocimiento y la capacidad de responder apropiadamente a la expresión de la emoción de otras personas. Algunos resultados recientes analizan los factores genéticos que podrían modular la manera en que los seres humanos perciben y responden a la expresión de la emoción.

A continuación, el Dr. Kenneth Shulman, de la Universidad de Toronto, en Canadá, expuso sobre “El trastorno bipolar en los adultos mayores: un paradigma para las neurociencias”, resaltando la utilidad del estudio de la manía en los adultos mayores para el estudio de las neurociencias en general.

La bipolaridad, en su inicio tardío, se asocia con deterioro cognitivo y comorbilidad neurológica -en especial con enfermedad cerebrovascular- y aumento de la mortalidad. Esto podría explicarse considerando que el trastorno bipolar de inicio temprano tendría mayor componente genético y el de inicio tardío un mayor componente neurológico, siendo el fenotipo igual en ambos casos.

Esta comorbilidad entre un trastorno psiquiátrico y uno neurológico subraya la desaparición de los límites entre mente y cerebro. Los determinantes serían la vulnerabilidad genética (predisposición familiar), los aspectos psicológicos, el envejecimiento, una heterogénea patología cerebral y la localización de las lesiones.

El Dr. Shulman propuso, entonces, que las neurociencias pueden constituir un modelo organizacional que sirva tanto para responder a las necesidades de los adultos mayores como para comprender las bases neurobiológicas del trastorno bipolar. Para ello tomó el ejemplo del litio para explicar el paradigma de las neurociencias e hizo una descripción de la organización del servicio de atención en donde él trabaja, basada en programas interdisciplinarios y no en especialidades.

A continuación el Dr Brent Elliott, psiquiatra del Centro Neurocognitivo de Londres, disertó sobre “Psicosis y status epiléptico: la frontera o la causa oculta”. Partiendo de las ideas de Hughlings Jackson, en boga en la psiquiatría del último medio siglo, según las cuales “los estados mentales complejos no pueden deberse a una descarga epiléptica” (‘compound mental states cannot be owing to an epileptic discharge’.), se refirió a las investigaciones de psicosis en pacientes con epilepsia, en las que utilizó la psicopatología descriptiva desde un abordaje empírico, a fin de delinear varios síndromes psiquiátricos y determinar en qué medida las diversas anormalidades del afecto, los delirios y las alucinaciones son parecidas o difieren de aquellas observables en las psicosis “funcionales” de pacientes sin epilepsia.

El teorema central de la tradición positivista en neurología es que las alucinaciones se producen como



consecuencia de la activación de un grupo localizado de neuronas y que es posible investigarlas con registros y estimulación cerebrales. El 'Gold Standard' de esa investigación ha sido la estereo-electroencefalografía intracraneal (SEEG). Algunos de los datos de electroencefalografía (EEG) apoyan el punto de vista neurológico de que las descargas epilépticas, en especial los estados límbicos no convulsivos, pueden producir alucinaciones elementales, o complejas, o estados psicóticos.

Por la tarde comenzó las exposiciones el Dr. Alan Frazer, de la Universidad de Texas, quien se refirió a las "Nuevas perspectivas sobre los antidepresivos actuales y las modalidades emergentes de tratamiento", en particular a sus investigaciones sobre estimulación del nervio vago.

Partiendo del hecho de que la depresión es más común en el sexo femenino, examinó el efecto de los esteroides sexuales (estrógenos o progesterona) sobre el transportador de serotonina (SERT), por ser el blanco celular inicial de los recaptadores selectivos de serotonina (ISRS). Se halló que los estrógenos, pero no la progesterona, tienen un efecto similar al de los ISRS, que puede medirse tanto en la conducta como electroquímicamente. Ambas hormonas, sin embargo, bloquearon la capacidad de los ISRS de inhibir al SERT. Estos datos muestran dos acciones opuestas de los estrógenos, un efecto antidepresivo per se y un efecto inhibitorio de los efectos benéficos de los ISRS. Esto podría dar cuenta de por qué al agregar estrógenos a un tratamiento con ISRS en mujeres postmenopáusicas no mejora la eficacia de los ISRS.

Las tasas de remisión de la depresión son modestas: un tercio de los pacientes deprimidos remite en el primer tratamiento con un antidepresivo; esta cifra aumenta al 50% al cambiar por una segunda droga. Aún así, la depresión es recurrente en muchos individuos y otros muestran una depresión refractaria al tratamiento (TRD).

En la segunda parte de su exposición se refirió a la estimulación del nervio vago (VNS), que constituye un nuevo tratamiento de la depresión. Para comprender su mecanismo de acción, se estudiaron sus efectos conductuales y neuroquímicos en ratas no anestesiadas, utilizando parámetros de estimulación apropiados. La estimulación aguda y crónica del nervio vago provocó una activación difusa de algunas áreas cerebrales, entre ellas los cuerpos celulares noradrenérgicos y serotoninérgicos. Esto tuvo efectos ansiolíticos y antidepresivos, que no aparecieron en las ratas a las que se les lesionaron previamente dichas neuronas. De esta forma, la estimulación del nervio vago mostró ser una opción posible para el tratamiento de la depresión refractaria.

En su conferencia "Modelos animales de esquizofrenia. Nuevas perspectivas para la fisiopatología y el

tratamiento", el Dr. Patricio O'Donnell, de la Universidad de Maryland, señaló que la aparente falta de progreso en la investigación de la patofisiología y del origen de la esquizofrenia y de las enfermedades neuropsiquiátricas relacionadas con ella, pese a los importantes esfuerzos de investigación que se realizan, se debe, en parte, a la dificultad de reproducir las enfermedades en modelos animales y, por otro lado, a que el perfil farmacológico de los tratamientos eficaces obtenidos obligó a concentrarse en la función de la dopamina.

No obstante, durante la última década, la convergencia de los hallazgos en los modelos animales y de los estudios en seres humanos permitió la hipótesis de que los déficits en los circuitos locales inhibitorios de la corteza cerebral podrían ser un aspecto central de estas enfermedades. En estudios anatomopatológicos en esquizofrenia se han observado diferencias que sugieren una pérdida de la actividad de las interneuronas corticales. Los modelos farmacológicos animales, del desarrollo y genéticos presentan en común un déficit en la función de estas interneuronas, el que se asocia con trastornos del comportamiento que asemejan aspectos de la enfermedad. Estas observaciones han llevado a nuevos planteos en el tratamiento y, quizás, puedan llevar a encontrar formas de prevenir la progresión de la enfermedad en los sujetos de alto riesgo.

Abrió la segunda parte de la tarde la Dra. Valerie Stone, de las universidades de Denver, EE. UU., y Queensland, Australia, con su presentación "Los déficits en habilidades sociales deben ser incluidos en las evaluaciones neuropsiquiátricas de los trastornos neuropsiquiátricos, traumatismo encéfalo-craneano y demencia". La Dra. Stone es una activa militante por los derechos de los sujetos que padecen enfermedades mentales y como tal se presentó.

Los individuos que sufren y sobreviven a un traumatismo encéfalo-craneano moderado a severo muestran cambios en la personalidad y en la competencia social que también pueden verse en la demencia. Pese a que se dispone de muchas herramientas para evaluar los déficits cognitivos, especialmente cuantitativas para los problemas de competencia social, todavía muchos clínicos no tienen clara su importancia.

Luego de un repaso de las herramientas disponibles, mostró los resultados de sus investigaciones sobre el traumatismo craneoencefálico, en las que las pruebas de competencia social fueron más sensibles que las pruebas cognitivas, que no siempre predicen los problemas sociales. También mostró el uso de las evaluaciones de competencia social en los individuos con demencia (en especial demencia frontotemporal y daño focal y difuso de la sustancia blanca) y cómo los déficits en las mismas pueden afectar el juicio financiero de los afectados.

Comentó que no lleva más a cabo la prueba de reconocimiento de faux pas ni el WCST (Wisconsin Card Sorting Test) por ser muy generales y complejas, estar afectadas por rasgos culturales y de clase y por considerar que no está muy claro qué refleja el puntaje ni qué miden exactamente estas pruebas. En cambio, ahora utiliza el GIST (Global Interpersonal Skills Test: Prueba de Habilidades Interpersonales Globales), una prueba de 29 ítems que se toma en 20 minutos, y el Awareness of Social Context Test (Prueba de Conciencia del Contexto Social), basado en vídeo y con interacción social en tiempo real, que mide intención, emoción y actitud. Ambas pruebas demostraron correlación entre sí. También utiliza la Prueba de Detección del Latido Cardíaco (Heart Beat Detection Test), en la que se hace escuchar al individuo su propio latido cardíaco, y la Prueba de Vulnerabilidad Social.

Por último destacó la importancia de la investigación transcultural para establecer normas para pruebas de competencia social y la utilidad de estas pruebas para otros trastornos neuropsiquiátricos como la esquizofrenia.

A continuación, el Dr. David Anderson, de la Universidad de Liverpool, en el Reino Unido, se refirió a “La psiquiatría de la enfermedad de Parkinson”, el segundo trastorno degenerativo más común, en el que las complicaciones neuropsiquiátricas parecen ser un componente fundamental del cuadro y son más frecuentes que en cualquier otra enfermedad general o neurológica. Sin embargo, afirmó que pese a que en esta enfermedad los síntomas psiquiátricos son el principal predictor de mala evolución, estos no han recibido tanta atención como los síntomas motores.

Por otro lado, enfatizó que un mejor conocimiento de la naturaleza y del tratamiento de los síntomas psiquiátricos, como en este caso, no sólo tiene implicancias para la mejor evolución de los pacientes, sino que también puede aclarar otros aspectos de los trastornos psiquiátricos en general, brindando nueva evidencia para el tratamiento efectivo de los síntomas psiquiátricos de la demencia, la depresión y la psicosis.

En la última conferencia de la jornada, la Dra. Suzanne Haber, de la Universidad de Rochester, EE.UU., trató el tema “Neurocircuitos: una ventana a las redes que subyacen a las enfermedades neuropsiquiátricas”. La Dra. Haber hizo una revisión del

circuito de recompensa básico y luego resaltó datos recientes que demuestran la integración a través de diferentes circuitos corteza - ganglios basales.

Partiendo de que las observaciones anatómicas conforman la columna vertebral de lo que se consideran las estructuras clave y las vías asociadas con las conductas aberrantes y los trastornos psiquiátricos, afirmó que comprender los neurocircuitos que motivan la conducta normal y adaptativa es la base para dilucidar la patología y la patofisiología que subyacen a los trastornos psiquiátricos. Mencionó que la psiquiatría se ha centrado en la interfase de motivación, emoción y cognición y que se ha focalizado progresivamente en las redes neuronales que subyacen a estos dominios funcionales y sus interacciones. Las estructuras clave incluyen, esencial pero no exclusivamente: la corteza prefrontal, el estriado, el hipocampo y la amígdala, junto con los sistemas moduladores ascendentes monoaminérgicos, en especial el de la dopamina.

Sobre esta base, pasó a referirse a los circuitos que se cree que subyacen a los trastornos psiquiátricos, haciendo hincapié especialmente en el circuito de recompensa córtex prefrontal-ganglios basales (o límbico) y su interfase con la red neural asociativa. Tradicionalmente, se considera que el sistema cortical-ganglios basales procesa la información en paralelo y por separado de las corrientes funcionales, que consisten en circuitos de control de recompensa (límbico), asociativo (cognitivo) y motor. Las conductas expresadas, por su parte, son el resultado de una combinación de: a) un proceso de información complejo, que involucra a toda la corteza frontal y que requiere actualización, con b) el aprendizaje, para ajustar la conducta de acuerdo con los nuevos datos.

Todo ello requiere de la coordinación entre los sistemas límbico, asociativo y motor, a fin de conseguir conductas ejecutadas suavemente y dirigidas a objetivos. Más aún, un creciente cuerpo de evidencia sostiene la idea de que la información no sólo se procesa en corrientes paralelas, sino también a través de mecanismos integradores a través de los cuales la información puede ser transferida entre circuitos funcionales.

Como se puede apreciar, un encuentro internacional de alto nivel sobre los recientes avances en la biología, la investigación neurobiológica y la clínica de las enfermedades mentales ■