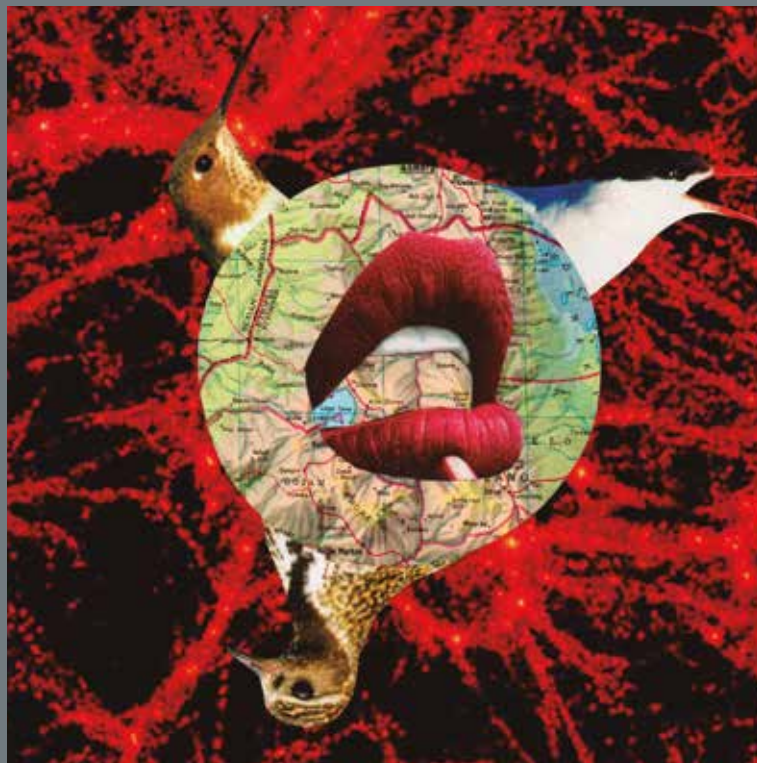


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

146

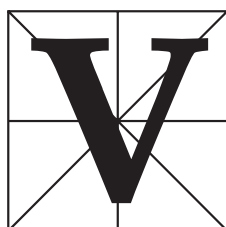


DROGAS Y ALCOHOL

*Álvarez Quiroz / Arias / Buttazzoni / Conci / Galván / García /
Guerrero Martelo / Lazzarino / López / Pabón Poches / Pavlovsky / Pellegrini /
Quarleri / Rodríguez / Ruiz / Tisera / Vásquez De la Hoz*

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

Volumen XXX – Nº 146 Julio – Agosto 2019 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

146

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, 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. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

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); 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); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **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. Artiles 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.

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

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

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

Impreso en:
Imprenta Ya,
Av. Mitre 1761 - Florida
Buenos Aires, Argentina

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXX Nro. 146 JULIO_AGOSTO 2019

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.

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

*Ilustración de tapa
Raúl Álvarez Lomaquiz
"Transferir"
2017
Collage manual*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Tratamiento psicoterapéutico en la ciudad de Buenos Aires. Prevalencia y características. Comparación con el estudio del año 2007**

Eduardo A. Leiderman, Ximena Cordero, Vanesa Djmal, Demián Gómez, Ariana Grosso Sheridan, Eugenia Segura, Gabriela Parisi, Alejandra Tourn pág. 245

• **Depresión subclínica: un problema no visibilizado**

Romina Capellino, Gilda Garibotti, Daniela Zacharías, Juan Pablo Rendo, Juan Manuel Zorzoli, Dana Prandi, Andrés Calderón pág. 253

• **Una revisión del caso del "Hombre de las ratas"**

Juan Pablo Lucchelli pág. 259

DOSSIER

DROGAS Y ALCOHOL

pág. 264

• **Babel**

Ivana Buttazzoni, María Inés Conci, Martín Quarleri, María Cristina Rodríguez, Claudia Tisera pág. 267

• **Disulfiram, historia, controversias y su utilización en la actualidad**

Federico Nicolás Pavlovsky pág. 272

• **La intervención profesional con los jóvenes insertos en el Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil frente al consumo de sustancias psicoactivas: ¿Punibilidad o protección de derechos?**

Verónica Arias, Laura Lazzarino, Natalia López, Federico Ruiz pág. 287

• **Impulsividad y género en adolescentes usuarios de sustancias psicoactivas de mayor prevalencia (alcohol, tabaco y cannabis)**

Gonzalo Daniel Galván, Ricardo Alberto García, Manuel Francisco Guerrero Martelo, Francisco Vásquez De la Hoz, Glenis Bibiana Álvarez Quiroz, Daysy Katherine Pabón Poches pág. 297

• **Historia y fundamentos de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA), 1993/2019. Entrevista a Jorge Luis Pellegrini**

Por Juan Carlos Stagnaro pág. 308

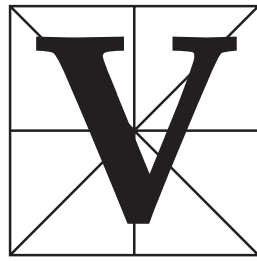
EL RESCATE Y LA MEMORIA

• **Italo Svevo (Trieste, 1861 - Motta di Livenza, 1928)** pág. 316

• **La conciencia de Zeno. Fragmentos del Capítulo "El tabaco"**
Italo Svevo pág. 317

LECTURAS Y SEÑALES

• **La única historia**
Daniel Matusevich pág. 319



EDITORIAL



Las funciones especiales de la enfermería en salud mental son múltiples. Además de las que permite la formación como enfermeras/os generalistas para los cuidados somáticos, tan importantes en las personas con trastornos mentales, estos especialistas están capacitados para realizar entrevistas individuales cara a cara que permiten crear relaciones de "apoyo" durante todo el tratamiento; coordinar actividades grupales como juegos, salidas, actividades sociales, pintura, música, fotografía, etc., que actúan como soportes para permitir a los participantes recuperar actividades y habilidades cognitivas, sociales, relacionales, corporales y afectivas disminuidas o perdidas por su afección; actuar en espacios informales, es decir, en los intersticios de los momentos planificados y organizados, que se presentan en una multitud de oportunidades que son parte del contacto diario, en un servicio de hospitalización o en otros encuadres, y que constituyen otros tantos momentos fértiles para generar un clima terapéutico. Es la presencia del enfermero lo que transformará estos momentos improvisados y fugaces en momentos productivos de atención como parte de un equipo multidisciplinario.

Esas tareas de enfermería con fines psicoterapéuticos ponen en práctica técnicas que apuntan al empoderamiento, a fin de estimular la autonomía de los pacientes y fortalecer las posibilidades de su inclusión social.

Asimismo, la concepción actual de la función de la enfermería en psiquiatría y salud mental indica que ésta se puede y se debe aplicar en lugares de ejercicio muy diferentes. Estos sitios abarcan desde servicios de hospitalización de tiempo completo hasta diversos dispositivos fuera del hospital especializado, como son los hospitales de día, los centros comunitarios, las casas a medio camino y de convivencia y hasta el mismo domicilio de los consultantes y el ámbito comunitario. En este contexto, su actividad se organizará, nuevamente, en torno a entrevistas personales y actividades de mediación terapéutica, pero también a acompañamientos en la vida cotidiana, visitas a hogares, trabajo en asociación (red, enlace), contactos con familias o asociaciones de pacientes, seguimiento y gestión de crisis, prevención y planificación sanitaria como miembro de los equipos multidisciplinarios, etc. El informe *Health at a Glance 2013* de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) resaltó que en muchos países las enfermeras/os desempeñan un papel prominente y creciente en la provisión de servicios de salud mental, tanto en hospitales como en la comunidad. En 2011, los Países Bajos, Irlanda y Japón tuvieron la tasa más alta de enfermeras/os psiquiátricas (más de 100 por 100.000 habitantes); Turquía, México y Hungría tuvieron, en cambio, las densidades más bajas (menos de 10 por 100 000 habitantes). El promedio comunicado por la OCDE fue de 50 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 habitantes. Algunos países, como Australia, cuentan con programas para mejorar el acceso a los servicios de salud mental al ampliar el papel de las enfermeras psiquiátricas en la atención primaria. En Francia, por ejemplo, casi la mitad de las enfermeras/os de salud mental trabajan en instalaciones fuera de las instituciones. Por lo tanto, su papel es participar plenamente en la dimensión colectiva de la atención.

En nuestro país, que tiene una carencia sensible en la cantidad de enfermeras/os en casi todas las sub-especialidades de esa profesión, el número de los enfermeras/os de salud mental es altamente deficitario y requiere una particular atención de las instituciones académicas, sanitarias y gremiales para contar con el número adecuado de profesionales de ese rubro, indispensable para toda planificación sanitaria en el sector de Salud Mental. ■

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.

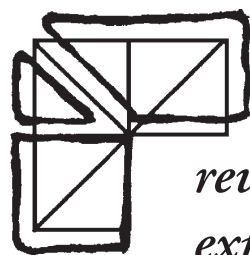
TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2019

Vertex 143 / Enero - Febrero
PERSPECTIVAS EN
PSICOFARMACOLOGÍA

Vertex 144 / Marzo - Abril
TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA
DE FINES DEL SIGLO XIX

Vertex 145 / Mayo-Junio
CORRIENTES ACTUALES DEL
PENSAMIENTO PSICOSOMÁTICO

Vertex 146 / Julio-Agosto
DROGAS Y ALCOHOL



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Tratamiento psicoterapéutico en la ciudad de Buenos Aires. Prevalencia y características. Comparación con el estudio del año 2007

Eduardo A. Leiderman¹, Ximena Cordero², Vanesa Djmal², Demián Gómez², Ariana Grosso Sheridan², Eugenia Segura², Gabriela Parisi², Alejandra Tourn²

1. Médico especialista en psiquiatría. Doctor en psicología. Profesor titular de Clínica y Psicofarmacología, Universidad de Palermo, Departamento de Neurociencias, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.

2. Alumnos de la carrera de psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.

Autor correspondiente: Eduardo Leiderman, E-mail: eduardo.leiderman@gmail.com

Resumen

Introducción: En los últimos años se ha estudiado el uso de tratamientos psicoterapéuticos tanto en nuestro país como en distintas partes del mundo. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia actual de uso de psicoterapia en la ciudad de Buenos Aires, sus características y compararla con el estudio realizado en el año 2007. **Metodología:** Se encuestaron 1348 personas mayores de 18 años en la ciudad de Buenos Aires entre abril y mayo del año 2019 y se comparó con la realizada en el año 2007. **Resultados:** El 19,9% de la muestra asistió a un tratamiento psicoterapéutico en el último mes. La concurrencia era más frecuente entre mujeres, personas de edad media y de mayor nivel educativo. La mitad realizaba un tratamiento de tipo psicoanalítico y la mayoría de los tratamientos eran individuales y de tipo privado. Sólo uno de cada 5 había firmado un consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento y uno de cada 4 había sido informado sobre otros recursos de tratamiento. En comparación con la anterior encuesta en la que la prevalencia de psicoterapia en el último mes era de 15,6%, en la actual encuesta un mayor porcentaje de individuos realiza psicoterapia, aunque ésta se lleva a cabo más a través del sistema privado y es de menor frecuencia temporal. **Conclusiones:** La prevalencia de uso de psicoterapia es alto en la ciudad de Buenos Aires y ha aumentado en la última década.

Palabras clave: Psicoterapia - Prevalencia - Población general - Buenos Aires - Epidemiología.

PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT IN BUENOS AIRES CITY. PREVALENCE AND CHARACTERISTICS. COMPARISON WITH THE STUDY OF THE YEAR 2007

Abstract: *Introduction:* In the last few years, use of psychotherapy has been studied in both our country and other parts of the world. The aim of our study was to determine the current prevalence of psychotherapy use, its characteristics and to compare it with the study done in 2007. *Method:* A survey was conducted among 1348 inhabitants over 18 years of age in the city of Buenos Aires between April and May 2019 and it was compared with the study done in the year 2007. *Results:* During the month prior to the survey, 19.9% of the sample received psychotherapy treatment. Psychotherapy treatment is more prevalent among women, middle-aged people and individuals with a higher educational level. Half of the treatments were psychoanalytic and the majority of them were individual and with a private funding source. Only one out of 5 had signed an informed consent before starting the treatment, and only one in 4 had been informed about other treatment options. In comparison with the previous survey, in which the prevalence of psychotherapeutic treatment in the last month was of 15,6%, in this survey a greater percentage of individuals had psychotherapy, although with a lower frequency and mainly with private funding. *Conclusions:* The prevalence of psychotherapy in the city of Buenos Aires is high and has increased in the last decade.

Key words: Psychotherapy - Prevalence - General population - Buenos Aires - Epidemiology.

Introducción

La psicoterapia es un tipo de tratamiento que se utiliza para conflictos psicológicos y trastornos psiquiátricos. Según las OMS, la psicoterapia consiste en intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales (1). En los últimos años han habido ciertos estudios sobre el uso de psicoterapia y la población más propensa a utilizarla tanto en nuestro país como en el mundo. Una revisión sistemática de 6 estudios internacionales halló que la prevalencia de uso de psicoterapia en los últimos 12 meses fue de entre 1,07% a 11,5%, siendo las mujeres, los divorciados y separados, los de mayor educación y los individuos de entre 40 a 49 años de edad los que más la realizaban (2). En Brasil, una encuesta realizada en 2000 individuos de la ciudad de San Pablo reveló que el 2,15% de la población realizaba psicoterapia siendo más frecuente en personas jóvenes, más educadas, desempleadas y no casadas (3). Ya en nuestro país, en el año 2006, un estudio de la Universidad Abierta Interamericana halló en una muestra de 1000 habitantes de la ciudad de Buenos Aires, que el 30,8% realizaba o había realizado tratamiento psicoanalítico siendo más frecuente en las mujeres, en la 4ta década de la vida y con condiciones socioeconómicas elevadas (4). En el año 2007, otra encuesta realizada entre 1510 residentes de la ciudad de Bs. As. observó que el 15,6% de la población había realizado psicoterapia en el último mes, siendo más prevalente en mujeres y en personas de mayor nivel educativo y socioeconómico, y menos frecuente en ancianos (5). Otro estudio realizado en el conurbano bonaerense reveló que allí, el 14,2% había realizado psicoterapia en el último mes y que las mujeres, viudos y personas de edad media y nivel educativo y socioeconómico elevado eran quienes la utilizaban principalmente (6).

El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de uso de psicoterapia actual, sus características, el cumplimiento de reglamentaciones actuales y comparar esto con los hallazgos del estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires en el año 2007 (5).

Metodología

Durante los meses de Abril y Mayo del 2019 se encuestaron 1348 personas mayores de 18 años residentes de la ciudad de Buenos Aires. Las preguntas de la encuesta se basaron en la encuesta realizada *ad hoc* en el estudio del año 2007 (5) con la adición de tres preguntas relativas al cumplimiento de la ley de Salud Mental. Se decidió agregar estas tres preguntas para observar si, luego de casi 10 años de la sanción de la ley, se cumplen ciertas reglas consignadas para respetar derechos de los usuarios. Las personas fueron encuestadas en la vía pública (paradas de colectivos y trenes, shoppings, plazas) por alumnos de psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo. El estudio se hizo en 28 barrios de la ciudad (se utilizaron las divisiones populares y no las administrativas): Almagro, Balvanera, Barracas, Barrio Norte, Belgrano, Boedo, Caballito, Coghlan, Colegiales, Constitución, Chacarita, Flores, La Boca, Núñez, Palermo, Parque Patricios, Puerto Madero, Recoleta, Retiro, San Cristóbal, San Nicolás, San Telmo, Villa Crespo, Villa Devoto, Villa Luro, Villa del Parque, Villa Soldati y Villa Urquiza.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad. Antes de realizar la encuesta se le comentaba a la persona sobre el estudio. Posterior a la confirmación de conformidad de participación y de ser residente de la ciudad de Buenos Aires, se le entregaba información escrita sobre la encuesta y se procedía a hacerle las preguntas. La encuesta constaba de 25 ítems en los cuales se preguntaba sobre: a) datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de escolaridad alcanzada, cobertura médica y estado civil), b) concurrencia a un tratamiento psicoterapéutico en la actualidad o en el pasado (en el último mes, en el último año y hace más de un año) y c) creencias con respecto a la psicoterapia.

Para que los encuestados pudiesen estar seguros sobre la realización actual y/o pasada de psicoterapia, se les aclaraba que se trataba de tratamientos psicológicos “para los problemas de la mente o de conducta”, “para calmar los nervios” y “para el padecimiento psíquico o emocional”.

A los individuos que actualmente o en el último mes

habían realizado psicoterapia se los interrogó también sobre: d) las características del tratamiento (tipo de psicoterapia, modalidad, frecuencia, duración, profesional a cargo, sistema de cobertura a través del cual recibe el tratamiento, y costo económico de la entrevista para la persona), e) cumplimiento de algunos artículos de la ley de salud mental 26.657 (firma inicial de consentimiento informado, información sobre la técnica empleada y sobre otras opciones psicoterapéuticas) y f) los motivos de inicio de la psicoterapia.

Los resultados fueron volcados a una base de datos confeccionada con el programa Excel (versión para office 365 MSO) y los análisis estadísticos se hicieron a través del programa SPSS para Windows (versión 23).

Los datos se compararon con los resultados obtenidos en la encuesta realizada en el año 2007. Las diferencias de grupos fueron analizadas con la prueba del Chi Cuadrado, la prueba t de Student y la prueba ANOVA según correspondía.

Resultados

Los datos demográficos de la muestra total y de los que hicieron psicoterapia en el último mes se encuentran en las Tabla 1 y 2.

Realización de psicoterapia y creencias

Casi uno de cada 5 habitantes de la capital argentina nos dijo que había concurrido a tratamiento psicoterapéutico en el último mes (19,9%). El 29,7% lo había hecho en el último año y el 46,6% alguna vez en la vida. El 86,2% de la muestra cree que la psicoterapia puede ayudar a las personas y el 83,9% dijo que realizaría psicoterapia en caso de necesitarlo.

Hay diferencia de asistencia al tratamiento psicoterapéutico según sexo (mujeres 24,9% vs hombres 14,3%; $X^2(1) = 23,4$ $p < 0,001$). A su vez, existe una diferencia

significativa según nivel de escolaridad alcanzado (dado que más personas con nivel terciario o universitario realizan psicoterapia ($[X^2(3) = 40,3$ $p < 0,001$]) pero no según estado civil ($X^2(3) = 3,8$ $p = 0,28$). La edad de los que hacían psicoterapia en el último mes era menor que los que no lo hacían ($38,4 \pm 13,6$ vs $40,3 \pm 16,4$ [$t(478,4) = 1,9$ $p < 0,05$]). Los mayores de 65 años hacían en proporción menos psicoterapia que los de edades menores (de 18 a 34 años = 22,9%, de 35 a 64 años = 29,4% mayores de 65 = 12,3% $X^2(2) = 10,2$ $p = 0,006$).

Características de los tratamientos psicoterapéuticos realizados en el último mes

Tipo, modalidad y frecuencia de tratamiento: En relación a la técnica psicoterapéutica empleada, el 50% dice estar haciendo psicoanálisis, el 14% recibe un tratamiento cognitivo conductual, el 4,2% de tipo sistémico, el 3% interpersonal, el 4,2% de apoyo y el 24,2% desconocía el tipo de terapia empleada. Un 3% refirió realizar "terapia" con otros enfoques. El 90,9% realizaba el tratamiento principal en forma individual, un 7,6% en forma familiar o en pareja y el 1,5% en forma grupal.

Con respecto a la frecuencia, el 0,8% lo hacía 3 o más veces por semana, el 3% 2 veces por semana, el 68,3% una vez por semana, el 24,2% una vez por quincena y el 3,8% una vez por mes.

Conducción del tratamiento: El 90,5% dijo que su tratamiento era conducido por psicólogos, el 8% por médicos, y el porcentaje restante desconocía la profesión de su psicoterapeuta.

El 69% lleva a cabo su tratamiento en forma privada, el 13% por obra social, el 14,9% a través de sistema prepago y el 3,1% en hospitales o centros de salud estatales.

Duración y costo de las entrevistas psicoterapéuticas: El promedio de duración de cada entrevista psicoterapéutica es de $50,9 \pm 17,63$ minutos (rango: 10-250 minutos). El costo promedio de la entrevista es de $\$ 835 \pm 604$ (ran-

Tabla 1. Variables demográficas de quienes realizaron psicoterapia en el último mes

Variables sociodemográficas		(N:268)
Edad (rango) en años		38,4 ± 13,68 (18-88)
Sexo	Mujeres	65,3%
	Hombres	34,7%
Mayor nivel escolar alcanzado	1ria Incompleta	0,7%
	1ria Completa	3,7%
	2ria Completa	48,9%
	3ria y Univ Comp	51,1%
Estado Civil	Cas/Con/Unión	38,4%
	Soltero/a	44,8%
	Sep/Div	14,2%
	Viudo/a	2,6%
Cobertura	Prepaga	59 %
	Obra Social	34,3%
	Sin cobertura	6,7%

Referencias: 3ria y Univ Comp es Terciaria y Universitaria completa; Cas/Con/Unión es casado/a, concubino/a, unión de hecho; Sep/Div es separado, divorciado.

go: 0-3000\$) (a valores actuales $18,9 \pm 13,7$ U\$ (rango 0 a 67,8 U\$).¹

La duración de la entrevista psicoterapéutica conducida por profesionales médicos fue igual en comparación con las entrevistas conducidas por profesionales psicólogos ($t[243]=0,79$ $p = 0,42$), mientras que hubo diferencias significativas en relación al costo: el médico cobraba la sesión más cara que su colega psicólogo (promedio \$1192 vs \$783, $t[21,5]= 2,1$ $p = 0,04$).

Las terapias cognitivo-conductuales en relación a las psicoanalíticas eran más prolongadas (promedio $52,6 \pm 11,2$ vs $48,7 \pm 9,8$ minutos, $t[154]= 2$, $p = 0,04$) pero no tuvieron diferencias significativas en cuanto a costo ($t(160) = 0,03$, $p = 0,9$).

Las entrevistas realizadas en forma privada eran más prolongadas que las que se hacían con otras coberturas ($52,5 \pm 19$ vs $45,3 \pm 11,3$ minutos, $t [244]= 3$, $p = 0,003$) y más costosas ($Z= 11,1$, $p < 0,001$).

Motivos de inicio: El 73,4% comenzó el tratamiento por dificultades personales o interpersonales, y sólo el 26,6% lo inició para conocerse mejor o para un mejor desarrollo personal.

El 75% de los individuos inició el tratamiento por decisión personal, el 14% lo hizo a partir del consejo de un amigo, conocido o familiar, el 2,7% por sugerencia de un profesional de la salud mental, el 8% por recomendación de un profesional de la salud, y el 0,4% por decisión judicial.

No se hallaron diferencias significativas en los motivos del inicio de tratamiento ni en la indicación del mismo entre los asistentes a tratamientos conducidos por médicos en comparación con aquellos que son conducidos por psicólogos.

Tratamiento psicoterapéutico y cumplimiento de la Ley de Salud Mental

El 20,8% de las personas que realizaban psicoterapia en el último mes habían firmado un consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento. El 38,6% habían recibido información acerca de la técnica que el terapeuta iba a emplear y sólo el 25% fue informado de otras opciones de tratamiento. Con respecto a estos tres requerimientos de la ley de salud mental, el 46,2% de los que realizaban psicoterapia en el último mes no había recibido ninguno, el 28,4% sólo uno, el 20,1% dos y sólo el 5,3% los tres.

Las personas que realizaban tratamiento cognitivo conductual suelen recibir más información sobre la técnica empleada que los que realizan psicoanálisis ($67,5\%$ vs $34,8\%$ [$X^2(1)= 12,6$, $p < 0,001$]). No existen diferencias significativas en cuanto a pedirles el consentimiento informado o en comentar sobre otros recursos terapéuticos posibles.

Comparación con el estudio realizado en el año 2007

La muestra estudiada en el año 2007 era más añosa, con menor educación, con menor proporción de personas solteras y de personas con cobertura prepaga (Tabla 2).

La proporción de personas que hacían psicoterapia en el último mes de este estudio era mayor que la proporción del año 2007 ($19,9\%$ vs $15,6\%$, $X^2(1) = 9,1$ $p = 0,002$). Esta diferencia significativa se mantenía en la proporción de personas que hicieron psicoterapia en el último año ($29,7\%$ vs 21% [$X^2(1) = 29$, $p < 0,001$]) o algu-

Tabla 2. Variables demográficas de los encuestados en la muestra del año 2007 y del año 2019. Comparación

Variables sociodemográficas		Año 2007 (N:1510)	Año 2019 (N: 1348)	Pruebas estadísticas
Edad (rango) en años		$42,7 \pm 16,7$ (18-94)	$39,9 \pm 15,9$ (18-88)	T (2844,3): 4,5 $p < 0,001$
Sexo	Mujeres Hombres	53,6% 46,4%	52,1% 47,9%	$X^2(1) = 0,07$ $P= 0,7$
Mayor nivel escolar alcanzado	1ria Incompleta 1ria Completa 2ria Completa 3ria y Univ Comp	1,2% 21,8% 50,3% 26,7%	0,7% 12,1% 49,6% 37,7%	$X^2(3) = 68$ $p < 0,001$
Estado Civil	Cas/Con/Unión Soltero/a Sep/Div Viudo/a	41,7% 35,9% 15,3% 7,2%	38,5% 45,6% 11,7% 4,2%	$X^2(3) = 35,5$ $p < 0,001$
Cobertura	Prepago O Social Sin cobertura	29,2% 52,2% 18,6%	45,3% 42,7% 11,9%	$X^2(2) = 84$ $p < 0,001$

Referencias: 3ria y Univ Comp es Terciaria y Universitaria completa; Cas/Con/Unión es casado/a, concubino/a, unión de hecho; Sep/Div es separado, divorciado. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la prueba de t de Student para datos independientes y la prueba de chi cuadrado.

¹ Según cambio del dólar del día 1/8/19 [\$44,2 = U\$ 1].

na vez en la vida (46,6% vs 41,6% [$X^2(1) = 7,1$ $p = 0,008$]). Más personas creen que la psicoterapia puede ayudar a las personas (86,2% vs 82% [$X^2(1) = 8,9$ $p = 0,003$] y que usaría la psicoterapia si lo necesitara (83,8% vs 75,8% [$X^2(1) = 28,1$ $p < 0,001$]).

En relación a las características de los tratamientos psicoterapéuticos hubo diferencias significativas en tipo (Figura 1a), frecuencia (Figura 1b), conducción profesional (Figura 1c), sistema de atención (Figura 1d), indicación (Figura 1e) y motivos de realización (Figura 1f). No hubo diferencias en la modalidad ya que la forma individual sigue siendo la predominante. Tampoco hubo diferencias significativas en duración, pero sí fue casi sig-

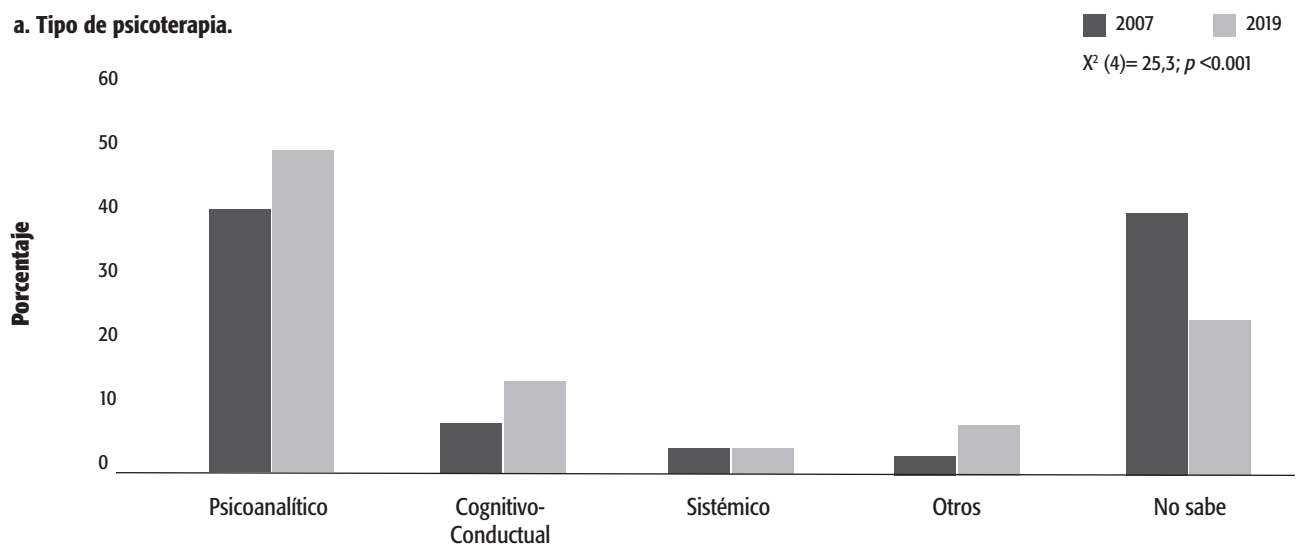
nificativa en costo. Se tomó el costo en dólares debido a la dificultad de realizar el cálculo en pesos argentinos debido a la inflación de la última década. En el 2007, el costo promedio en dólares de la entrevista fue de U\$ 16, $2 \pm 12,6$ mientras que en año 2019 el costo fue de $18,6 \pm 13,4$ $t(472) = 1,9$, $p = 0,05$.)

Discusión

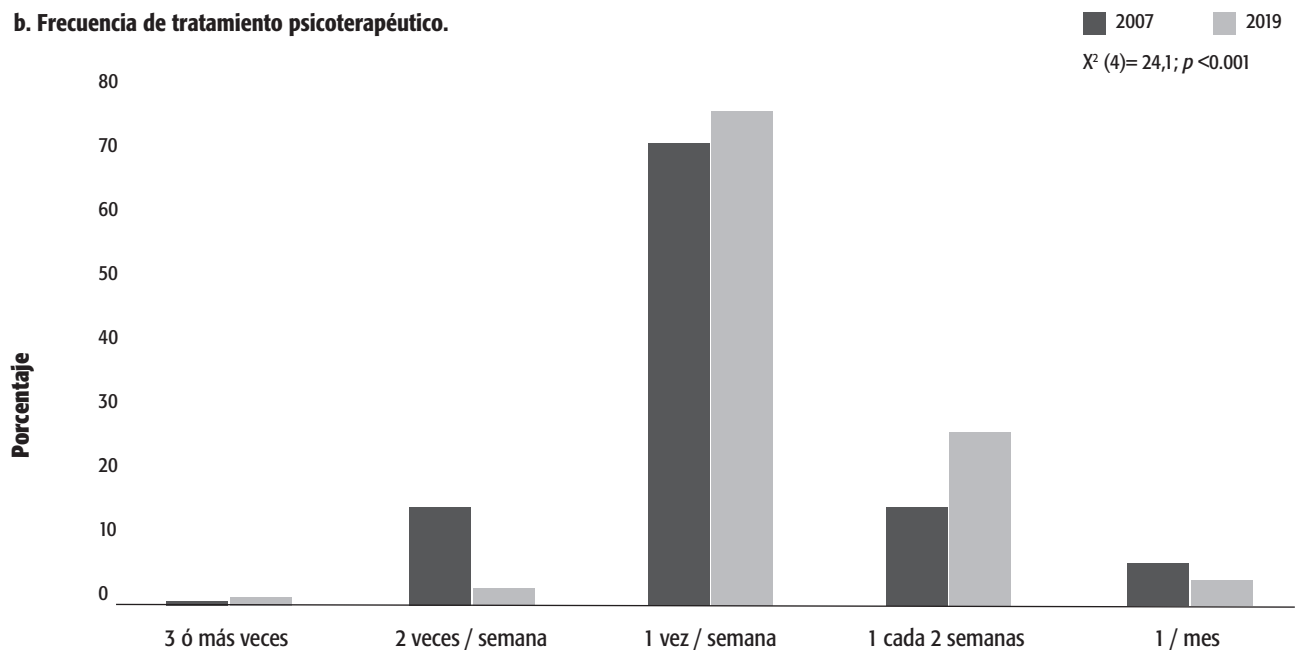
Nuestro estudio halló que uno de cada 5 habitantes de la ciudad autónoma de Buenos Aires se encuentra realizando psicoterapia. Esto es un porcentaje alto comparado con otros estudios (2,3,7,8). Según el estudio publicado en

Figura 1. Diferencias en tratamientos psicoterapéuticos del año 2007 con respecto al año 2019

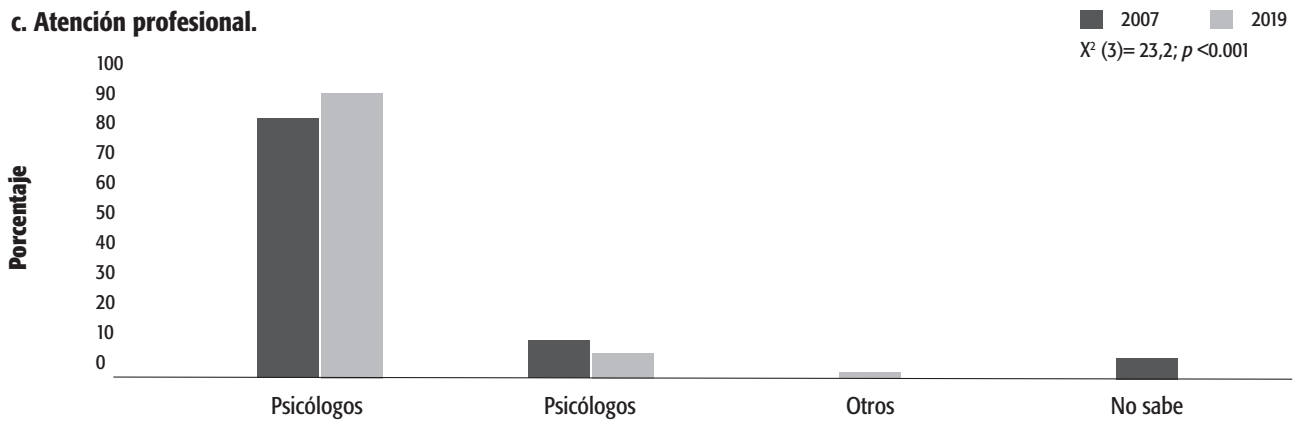
a. Tipo de psicoterapia.



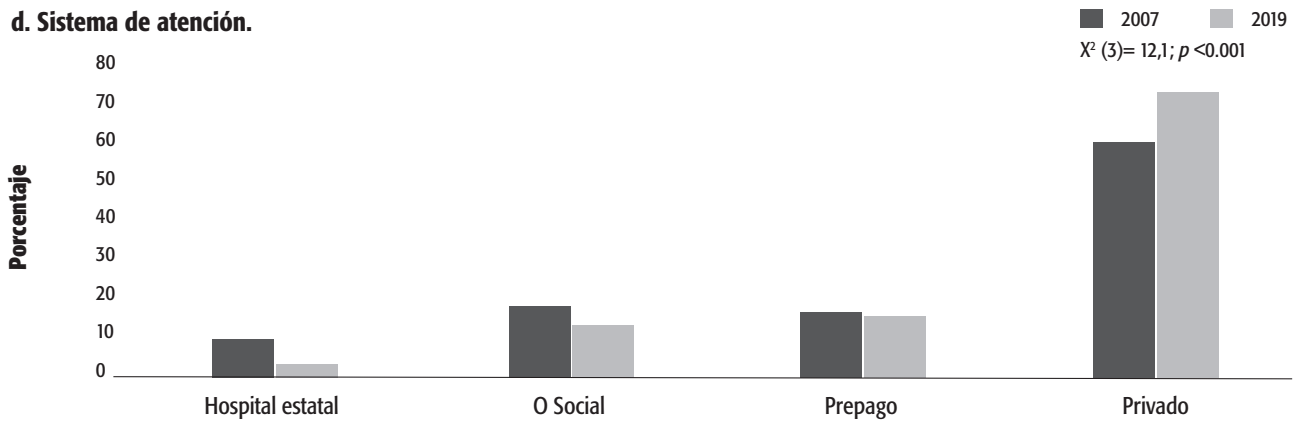
b. Frecuencia de tratamiento psicoterapéutico.



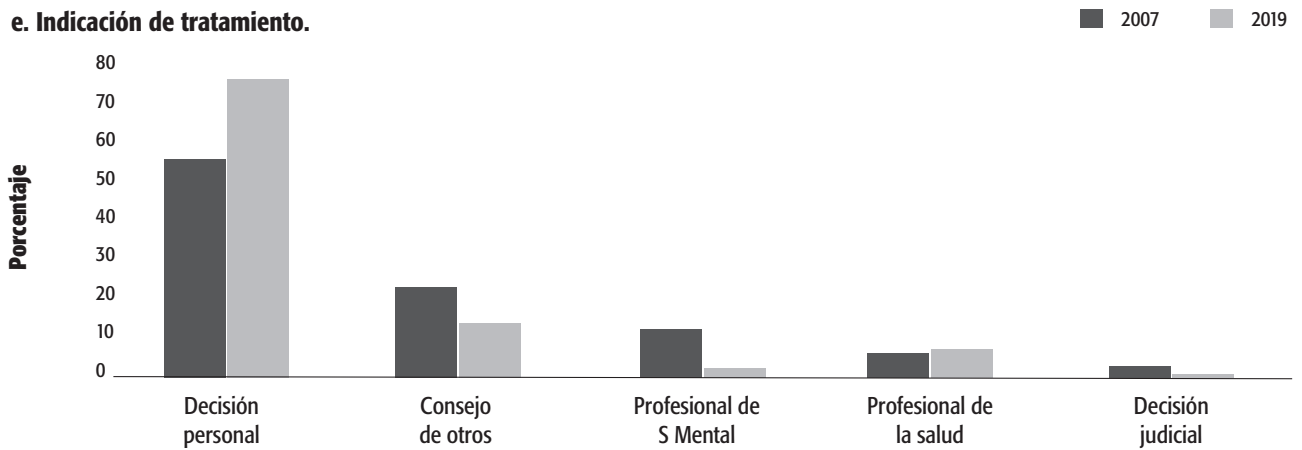
c. Atención profesional.



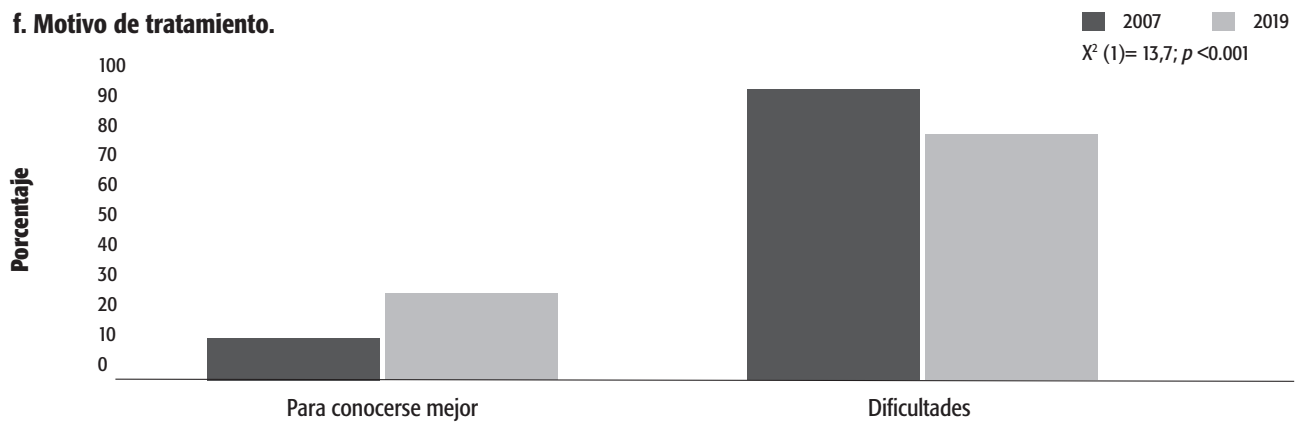
d. Sistema de atención.



e. Indicación de tratamiento.



f. Motivo de tratamiento.



el año 2018 (9), solo el 11,6% de la población había recibido algún tipo de tratamiento de salud mental, y el estudio de prevalencia en la vida reveló que el porcentaje de individuos con trastornos mentales en la población argentina era del 29,1% (10). Otro estudio realizado sólo en la ciudad de Buenos Aires halló una prevalencia de 23,4% de trastornos mentales siendo que sólo un cuarto de los afectados había utilizado los servicios de salud mental (11). En la diferencia con esos valores hay que tener en cuenta que más de un cuarto de nuestra muestra encuestada dijo que realizaba psicoterapia para conocerse mejor y no por dificultades personales e interpersonales. También al ser una muestra intencional y no representativa, los encuestados pueden pertenecer a grupos etarios y sociales más propensos a concurrir a tratamiento psicoterapéutico. Nuestra muestra tiene una proporción semejante de personas de cada sexo según datos del gobierno de la ciudad de Buenos Aires y una edad semejante (12). Sin embargo, a diferencia del último censo en el que el 16% de la población de Buenos Aires tenía más de 65 años (13), en nuestra muestra, esta población etaria comprendía sólo el 9,5%. Esto puede deberse a que menos personas añosas se encuentran deambulando y por ello no pudieron ser encuestadas. Se sabe que los individuos más añosos utilizan menos los servicios de salud mental, así como los más jóvenes (14, 15). Otras diferencias con el censo de la ciudad de Buenos Aires es que nuestra muestra tuvo mayor proporción de gente con secundario completo y terciario o universitario completo que lo hallado en el censo del año 2010 (49,6% vs 37,5% y 37,7% vs 31,8% respectivamente). Las personas con mayor nivel educativo tienden a concurrir más a las consultas médicas y psicoterapéuticas según lo hallado en otros trabajos en nuestra ciudad (5, 16) y en nuestro país (9). Posiblemente, su educación le permite conocer más las posibilidades terapéuticas y ser más propensos a cuidarse la salud. También se puede considerar que el mayor nivel educativo coincida con mayores posibilidades económicas para acceder al tratamiento.

Un hallazgo común a otros estudios (2, 7, 9, 17, 18) es el mayor porcentaje de mujeres que realiza psicoterapia en relación a los hombres. Las mujeres serían más propensas a buscar ayuda para sus problemas físicos y mentales (17, 18). A su vez, el estigma y la desconfianza hacia los servicios de salud mental serían mayores en los hombres disminuyendo las posibilidades de consulta así como las dificultades en la identificación de síntomas (17, 19).

A pesar de haber transcurrido ya casi 10 años desde la sanción de la ley de salud mental 26.657 (20), existen dificultades en la implementación de la misma en lo que refiere al consentimiento informado, información sobre la técnica empleada y comentario sobre otros recursos terapéuticos existentes (artículo 7, inciso j). Sólo uno de cada 20 psicoterapeutas había cumplimentado los 3 procedimientos previos al tratamiento. Es difícil conocer los motivos del incumplimiento. Podemos especular que los cambios en una concepción paternalista de atención requieren muchos años para modificarse y debe estar acorde a cambios que se produzcan en todas las áreas de la salud. El hecho de que los terapeutas cognitivo-conductuales informen sobre la técnica empleada más que los psicoanalistas podría ser acorde a la misma técnica terapéutica a diferencia de la técnica psicoanalítica (21).

Sería recomendable realizar más campañas orientadas a los profesionales de la salud mental para que cumplan adecuadamente con la ley.

Sólo el 3,1% de la población realizaba su tratamiento psicoterapéutico a través del sistema público. Esto es la mitad de lo observado por Rodríguez Espínola (16) quien halló que el 6,2% de la población de Buenos Aires había utilizado el sistema público en la última consulta médica. Es posible que este hallazgo sea debido a las limitaciones de nuestra muestra intencional: a pesar de que según los datos del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, el 19% no tiene ninguna cobertura de salud, en nuestro estudio el 12% no tenía cobertura. Por otra parte, es posible que en el sistema público de salud haya una menor disponibilidad psicoterapéutica o mayor tiempo de espera hasta acceder a ella, lo que priva a muchos individuos.

Hallamos interesantes diferencias en la comparación con el estudio realizado hace 12 años. Por una parte, vemos un aumento de individuos que realizan psicoterapia (que pasó de 15,6% a 19,9%) lo que puede ser debido a un mayor acceso a atención médica por parte de la población. Es importante destacar que más individuos conocen el tipo de psicoterapia que realizan. Por otra parte, no se observó que el porcentaje de individuos que realizan tratamiento de tipo psicoanalítico y cognitivo conductual aumentara. La mitad de los encuestados que realizaban psicoterapia lo hacía con la modalidad psicoanalítica. Es imposible determinar si el tipo de tratamiento era el adecuado según la patología del paciente. La mayor oferta de este tipo de tratamiento sería por una mayor preferencia cultural así como una mayor disponibilidad académica de formación psicoanalítica.

Lo que disminuyó fue la frecuencia de atención: las personas actualmente hacen más tratamiento psicoterapéutico pero con menores frecuencias. Esto podría deberse a las mayores dificultades económicas de los últimos tiempos, lo que lleva a la implementación de tratamientos de menor asiduidad. También se observa una disminución estadísticamente significativa en el número de tratamientos psicoterapéuticos realizados por médicos (11% versus 8%). La formación psicoterapéutica en las residencias de psiquiatría de los últimos años es casi nula por lo que cada vez los psiquiatras están menos entrenados para realizar estos tipos de tratamiento o deben buscar su formación a nivel privado por fuera del ámbito de la residencia. Esto constituye una falencia grave en la formación y debería ser subsanada en lo inmediato. A pesar de las dificultades económicas actuales antes mencionadas, se observa un aumento de tratamientos realizados en forma privada (57% a 69%). La mayor asistencia psicoterapéutica en forma privada podría ser debida a la baja disponibilidad psicoterapéutica de otros sistemas que ya ha sido señalada, así como a la profusión de pasos administrativos previos al encuentro con el psicoterapeuta que en ocasiones desalientan la consulta. También podría ser que los pacientes prefieren realizar estos tratamientos en forma privada por desconocimiento de la oferta existente en su sistema de salud o una mayor confianza en el manejo de datos íntimos en forma privada. También vemos que en nuestra muestra más individuos decidieron hacer una psicoterapia para conocerse mejor. Este motivo podría ser rechazado para iniciar una psicoterapia en los

sistemas de salud no privados.

A pesar de los inconvenientes económicos, el costo promedio en dólares de las entrevistas psicoterapéuticas ha aumentado algo a lo largo de esta década. Debido a la naturaleza de nuestro estudio, desconocemos si este aumento corresponde a lo percibido sólo por los sistemas de prepago u obras sociales, o corresponde directamente a un aumento en los ingresos de los psicoterapeutas. Se debe promover la mayor accesibilidad a los tratamientos psicoterapéuticos a personas incapaces de hacer frente a un tratamiento privado.

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones: las encuestas fueron tomadas a transeúntes, lo que determinó dejar de lado a los individuos institucionalizados o con trastornos severos que dificultan su deambulación. La característica intencional de la encuesta nos previene de poder generalizar los resultados. Al ser una autoencuesta,

no se pudo confirmar que lo que la gente considera psicoterapia lo sea realmente. De todas maneras, se explicó el término en caso de no comprensión, hecho que en nuestra medio es difícil que no lo sea.

Nuestro estudio muestra una prevalencia importante de tratamiento psicoterapéutico en la población general de la ciudad de Buenos Aires. Se requieren nuevos estudios para saber la adecuación de los mismos a las necesidades poblacionales.

Agradecimientos

Agradecemos a Diego Agüero, Noelia Bargiella, Clara Bouille, Micaela Gagliardi, Luis Katz, Jazmin Magnoli, Román Molinero, Fernanda Muchenik, Antonella Nieto, Maria Laura Stevenin y Joaquín Wellbach por la colaboración en la recolección de los datos. ■

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Resolver los problemas de la salud mental. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2001, 3, 61-62.
- Da Silva PFR y Blay SL. Prevalence and characteristics of outpatient psychotherapy use, a systematic review. *J Nerv Ment Dis* 2010;198: 783-789.
- Blay SL, Fillenbaum GG y Peluso ET. Differential characteristics of young and midlife adult users of psychotherapy, psychotropic medications, or both: information from a population representative sample in São Paulo, Brazil. *BMC Psychiatry* (2015) 15:268.
- Diario Clarín: *Según una encuesta, tres de cada 10 porteños hacen terapia*. Sección Sociedad. 21/9/2006. [Internet] Disponible en: http://www.clarin.com/ediciones-antiores/encuesta-10-portenos-hacen-terapia_0_ryeXlYXJrtx.html
- Escalante C, Leiderman EA. Prevalencia de tratamiento psicoterapéutico en los habitantes de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev.Arg de Psiquiat.* 2008; 19 (81), 262-267.
- Leiderman EA, Dayan N, Delbono P, Ferrando R, Pérez A, Ramat R y Zuleta D. Psicoterapia ambulatoria en el conurbano bonaerense: Tasa de su utilización, costo y características de las psicoterapias y sus usuarios. *Vertex, Rev. Arg. De Psiquiat* 2009;20(86):252-9.
- Olfson M y Pincus AH. Outpatient psychotherapy in the United States I: Volume, Costs and User Characteristics. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1281-1288.
- Olfson M, Marcus SC, Druss B et al. National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11):1914-1920.
- Stagnaro JC, Cia AH, Gaxiola SA, Vazquez N, Susta S, Benjet C y Kessler RC. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018 Feb;53(2):121-129.
- Cia AH, Stagnaro JC, Gaxiola SA, Vommaro H, Loeras G, Medina-Mora ME, Susta S, Benjet C y Kessler RC. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018; 53:341-350.
- Problemas de Salud Mental en CABA. [Internet, acceso Agosto 2019] Disponible en: www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/programas-especiales-salud-mental/programa-de-investigacion-y-vigilancia-epidemiologica-en-salud-mental.
- Dirección General de Estadísticas y Censo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires en números. Año 5 Número 5. 2018. [Internet] Disponible en: http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2018/10/2017_05_buenosaires_en_numeros.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Internet, acceso en Agosto 2019] Disponible en: www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-999-999-02-999-2010.
- Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Kestens Y, Caron J. Comprehensive determinants of health service utilisation for mental health reasons in a canadian catchment area. *International Journal for Equity in Health* 2012, 11:20.
- Wei W, Sambamoorthi V, Olfson M et al. Use of Psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 2005, 162:711-717.
- Rodríguez Espínola S (Coordinadora). La mirada en la persona como eje del desarrollo humano y la integración social. Deudas y desigualdades en la salud, los recursos psicosociales y el ejercicio ciudadano. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2019.
- Harris MG, Baxter AJ, Reavley N, Diminic S, Pirkis J y Whiteford HA. Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2016; 25, 548-561.
- Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde Sarah, de Graaf R, Viagut G, Haro JM, Florescu S, et al. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health Survey. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:649-656.
- Ojeda VD y Bergstresser SM. Gender, Race-Ethnicity, and Psychosocial Barriers to Mental Health Care: An Examination of Perceptions and Attitudes among Adults Reporting Unmet Need. *Journal of Health and Social Behavior* 2008, Vol 49 (September): 317-334.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Diciembre del 2010.
- Cully JA, Teten AL. 2008. A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy. Department of veterans affairs South Central MIRECC, Houston, EEUU.

Depresión subclínica: un problema no visibilizado

Romina Capellino¹, Gilda Garibotti², Daniela Zacharías², Juan Pablo Rendo¹,
Juan Manuel Zorzoli¹, Dana Prandi³, Andrés Calderón¹

1. Neurociencias Aplicadas. Bariloche, Argentina.

2. Departamento de Estadística, Centro Regional Universitario Bariloche, Universidad Nacional.

3. Carrera de Enfermería, Centro Regional Universitario Bariloche, Universidad Nacional del Comahue, Bariloche, Argentina.

Autor correspondiente: Romina Capellino, E-mail: rominacapellino@gmail.com

Resumen

La depresión subclínica es común en todo el mundo y tiene importantes efectos sobre la salud y la calidad de vida de los afectados. El objetivo del estudio es evaluar su prevalencia, la utilización de servicios de salud e identificar los grupos más vulnerables en residentes de 18 a 64 años de San Carlos de Bariloche, Argentina. Se realizó una encuesta a una muestra estratificada de la población estudiada. La identificación de depresión subclínica se obtuvo utilizando CESD-R. Se recabó información sociodemográfica y sobre la utilización de los servicios de salud.

Un 10% (IC95%: 6,9%-14,0%) de la población de Bariloche de 18 a 64 años padece depresión subclínica. Se observó una tendencia a mayor prevalencia entre los más jóvenes y en los barrios de menor nivel socioeconómico. La tercera parte de los casos identificados consultaron a un profesional de la salud y menos de la mitad fueron diagnosticados.

La detección y tratamiento temprano de la depresión subclínica es muy importante para disminuir la discapacidad asociada a la misma y prevenir su evolución hacia depresión mayor. Es necesario implementar estrategias de detección temprana de depresión subclínica dirigidas especialmente a los grupos más vulnerables: jóvenes y sectores de menor nivel socioeconómico.

Palabras clave: Trastorno depresivo - Atención primaria de salud - Factores de riesgo - Prevalencia - Argentina.

SUBCLINICAL DEPRESSION: AN OVERLOOKED PROBLEM

Abstract

Subclinical depression is a worldwide spread disease with significant impact on health and life quality. The goal of this study is to assess its prevalence, service utilization, and to identify the most vulnerable groups in 18 to 64 years-old residents of San Carlos de Bariloche, Argentina. A survey was administered to a stratified sample of the study population. The CESD-R scale was applied to establish the diagnosis. Sociodemographic and health-care service utilization information was collected as well.

The prevalence of subclinical depression was 10% (CI 95%: 6.9%-14.0%). A trend of higher prevalence was observed among younger subjects, and in lower socioeconomic neighborhoods. One third of subjects with subclinical depression had previously consulted a health professional and less than half of them had been correctly diagnosed.

Early detection and treatment of subclinical depression is key to diminishing the associated disability and to prevent its evolution to major depression. It is necessary to implement early detection strategies, specifically directed to the most vulnerable groups: younger people and lower socioeconomic strata.

Keywords: Depressive disorder - Primary care - Risk factors - Prevalence - Argentina.

Introducción

La depresión es un síndrome con diferentes componentes sintomáticos: decaimiento del estado de ánimo, disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras (1). Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial (2).

Muchas personas no reúnen los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor pero sí presentan síntomas depresivos claves. Esta condición recibe distintos nombres en la bibliografía: depresión subclínica, depresión menor, depresión subsindrómica y síntomas depresivos no específicos.

La depresión subclínica es una condición que presenta importantes implicaciones para el funcionamiento y el bienestar de los pacientes. Se ha observado que los sujetos con depresión subclínica tienen un deterioro de su calidad de vida y presentan menor rendimiento laboral, mayor riesgo de sufrir depresión mayor y de dependencia del abuso de sustancias que aquellos sin depresión subclínica (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Los criterios de definición de depresión subclínica difieren ampliamente en cuanto a la cantidad de síntomas y el tiempo de duración, dificultando la comparación entre estudios (10). Las tasas de prevalencia de depresión subclínica reportadas son muy variables; los relevamientos en la población general reflejan tasas de prevalencia de entre 1,4% y 17,2% (10). Actualmente no existen estimaciones de depresión subclínica en poblaciones argentinas. Relevamientos recientes sobre depresión en Argentina evalúan la patología clínica de depresión mayor (11, 12).

Para obtener información confiable acerca de la prevalencia de depresión en la población es necesario contar con un instrumento de evaluación válido, uno de los más utilizados es la escala CESD-R (13). El CESD-R exhibe buenas propiedades psicométricas y alta consistencia interna. La versión anterior de CESD-R, CESD, que tiene mínimas diferencias con su sucesora, fue validada en su versión en español por Ruíz y colaboradores (14). El Plan Nacional de Salud Mental de 2013 propone acciones y metas de trabajo para asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimientos mentales (15). La falta de información específica a nivel nacional y local representa un obstáculo para estimar la carga total asociada a la depresión subclínica tanto en relación a discapacidad, el grado de las necesidades de tratamiento e intervención alcanzados y no alcanzados y las implicancias y costo directo e indirecto total para el sistema de salud.

Para formular políticas, planes y programas tendientes a disminuir la incidencia y mejorar la calidad de atención de enfermedades mentales es necesario contar con información epidemiológica sobre la magnitud de la problemática, sus factores de riesgo y sus determinan-

tes. La información epidemiológica, además, establece la línea de base y permite monitorear la efectividad de las acciones. La información debe incluir datos sobre morbilidad y factores de riesgo. Para obtener información sobre prevalencia y factores de riesgo de depresión es necesario desarrollar estudios epidemiológicos específicos como el abordado en esta propuesta.

Métodos

La población de estudio fue los habitantes de 18 a 64 años de San Carlos de Bariloche, una de las ciudades más pobladas del sur de Argentina. En 2010, año del último censo poblacional, el número de habitantes de 18 a 64 años era de 70316 distribuidos en 35767 hogares.

El estudio se basó en la aplicación de una encuesta cara a cara en hogares a una muestra estratificada, polietápica y probabilística de personas de 18 a 64 años residentes en el municipio de San Carlos de Bariloche. Etapas de muestreo: i) selección de radios censales del Censo 2010 (16) siguiendo un muestreo estratificado por quintil de nivel socioeconómico; ii) selección aleatoria de la manzana de inicio; iii) selección sistemática con inicio aleatorio del hogar; iv) selección de la persona a entrevistar: muestreo de cuotas según género y edad, según la distribución del universo de estudio.

Las entrevistas se realizaron tras habersele proporcionado al entrevistado una descripción cuidadosa de los objetivos del estudio y obtener el consentimiento informado. No se brindó ningún incentivo financiero para la participación. Las entrevistas se realizaron en abril de 2017. Los entrevistadores fueron estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue.

Todos los procedimientos de reclutamiento y consentimiento fueron aprobados por el comité de ética de la Provincia de Río Negro. El estudio está registrado en Registro Nacional de Investigaciones de Salud, IS001652.

El instrumento de recolección de datos incluyó la escala CESD-R para evaluar síntomas depresivos, aspectos sociodemográficos, de acceso a servicios de salud, comorbilidad y consumo de alcohol (17). La escala CESD-R consiste en 20 reactivos para medir la frecuencia de manifestación de síntomas depresivos durante los últimos 15 días. Los resultados de la escala CESD-R clasifican a los respondientes en episodio depresivo mayor (EDM), probable EDM, posible EDM, depresión debajo del umbral o sin depresión. La depresión subclínica es una condición que forma parte de un continuo entre la salud/tristeza normal y la depresión mayor. En este artículo consideramos como caso de depresión subclínica a todos aquellos que presentan alguna sintomatología depresiva relevante comprendiendo los casos de probable EDM, posible EDM o depresión debajo del umbral de la escala CESD-R.

Las variables sociodemográficas consideradas fueron género, grupo etario (18-24, 25-34, 35-49, 50-64), máximo nivel educativo alcanzado (ninguno, primaria, secundaria, superior), estado civil (casado/conviviente,

divorciado/separado/viudo, nunca casado), vive solo (sí/no) y ocupación (estudiante/jubilado/trabaja, desocupado/no trabaja ni busca trabajo).

Las variables relacionadas con la utilización de servicios de salud fueron visita a un proveedor de salud mental (como psiquiatra, psicólogo) y a cualquier proveedor de salud por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental en el período de 12 meses previo a la entrevista (sí, no), algún profesional dijo que tenía depresión en los 12 meses previos a la entrevista (sí, no), medicación para la depresión en las dos semanas anteriores a la entrevista (sí, no).

Se consultó por comorbilidades (sí/no) y se utilizó el cuestionario CAGE para evaluar consumo de alcohol. CAGE consta de cuatro preguntas, en base a éstas definimos una variable que indica si el consumo de alcohol es problemático (sí: 2 o más respuestas positivas, no: ninguna o una respuesta positiva).

Se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar diferencias en la prevalencia de depresión subclínica entre grupos definidos por las variables sociodemográficas. Todos los análisis fueron realizados utilizando R-3.2.2 (18).

Resultados

Se entrevistaron 299 personas. La tasa de respuesta fue 71,3% de las personas que fueron invitadas a participar. La distribución por género fue 145 (48%) del masculino y 154 (52%) del femenino. La media de edad fue 39,3 años y el desvío estándar 13,6 años. En relación al nivel educativo, 6,0% no completó ningún nivel, 29,2% completó el nivel primario, 44,0% el nivel secundario y 20,8% estudios terciarios o universitarios. La distribución por género, edad y nivel educativo fue muy similar a la de la población de Bariloche de 18 a 64 años.

La prevalencia de depresión subclínica fue 30 (10,0%, IC 95%: 6,9%-14,0%). De acuerdo a las categorías de CESD-R, los casos de depresión subclínica se distribuyen en 5 con probable EDM, 1 con posible EDM y 24 debajo del umbral.

Se observó una tendencia a mayor prevalencia en los barrios de menor nivel socioeconómico que en los de mayor (11,3% y 8,8%, respectivamente).

La relación entre los factores sociodemográficos y la depresión subclínica se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y depresión subclínica

Característica	Depresión subclínica		p-valor
	N	(%)	
Género			0,014
Masculino	8	(5,7)	
Femenino	22	(15,5)	
Edad (años)			0,478
18-24	8	(16,3)	
25-34	8	(11,1)	
34-49	9	(9,8)	
50-64	5	(7,2)	
Educación (nivel máximo completado)			0,592
Ninguno	3	(18,8)	
Primario	7	(8,8)	
Secundario	15	(12,0)	
Terciario o universitario	5	(8,3)	
Estado civil			0,535
Casado/a o cohabitando	14	(9,0)	
Divorciado/a, separado/a, viudo/a	7	(12,5)	
Soltero/a	9	(13,6)	
Ocupación			1,000
Estudiante, jubilado/a, trabajador/a	27	(10,6)	
Desempleado/a, no trabaja ni busca trabajo	3	(11,1)	

Se encontró diferencia significativa en la prevalencia de depresión subclínica entre hombres y mujeres, la proporción de mujeres con depresión subclínica fue 2,7 veces mayor que la de hombres. La asociación con las otras variables sociodemográficas consideradas no resultó estadísticamente significativa; sin embargo, se observó una tendencia a mayor prevalencia entre los más jóvenes.

Entre los casos de depresión subclínica, 46,7% presentó comorbilidades, mientras que entre los que no tenían depresión subclínica 36,2% reportaron haber tenido otros problemas de salud física o mental en los 12 meses previos a la entrevista. Al considerar específicamente la relación entre depresión subclínica y consumo problemático de alcohol, no se observaron diferencias: 11,1% de los casos de depresión subclínica y 10,9% de los que no tenían depresión subclínica presentaron problemas con el alcohol.

De los casos de depresión subclínica identificados, 11 (36,7%) habían consultado por problemas emocionales, nervios o salud mental, 8 lo hicieron a un psicólogo o psiquiatra. Entre los casos de depresión subclínica, a 4 (13,3%) le dijeron que tenían depresión. La distribución de las consultas en los estratos presentó diferencias; en los dos estratos de menor nivel socioeconómico lo hicieron 2 de los 12 casos (16,7%), mientras que en los restantes tres estratos lo hicieron 9 de los 18 casos de depresión subclínica (50%). En cuanto a la edad, sólo 25% de los que tenían entre 18 y 24 años consultaron, comparado con 60% entre los de 50 a 64 años.

Discusión

Distintos estudios postulan la idea de un continuo de los trastornos depresivos desde la "no-depresión" hasta la depresión mayor. La depresión se presenta así como una entidad continua en vez de una colección de categorías claramente definidas, compartiendo idénticos sustratos biológico y clínico (10, 19). Sustentan este enfoque los siguientes hallazgos: a) los pacientes con depresión subclínica o mayor comparten características sociodemográficas (20), b) estudios genéticos han reportado que una definición del fenotipo depresivo más amplia, que incluya a las formas de depresión más leves, provee un sustento significativamente mejor para los modelos genéticos aplicados (21), c) estudios neurofisiológicos del sueño muestran biomarcadores comunes en los sujetos con depresión mayor, distimia y depresión subclínica (22), d) los pacientes con depresión subclínica presentan un deterioro significativo de la calidad de vida y el desempeño en las actividades cotidianas, criterio principal para determinar cuándo una condición pasa a ser considerada un trastorno (19).

La tasa de prevalencia de depresión subclínica en residentes de San Carlos de Bariloche de 18 a 64 años fue 10% (IC 95%: 6,9%-14,0%), lo que indica que el número de afectados estaría entre 4830 y 9800. Esta prevalencia está dentro del rango observado en otros estudios epidemiológicos (10).

La relación encontrada entre los síntomas depresivos y las características sociodemográficas siguió tendencias acordes con los hallazgos en otros estudios (6, 19, 23, 24, 4).

La depresión subclínica fue 2,7 veces más frecuente en mujeres que en hombres, esto es compatible con los resultados de otras encuestas (23, 19). Fils y colaboradores hallaron mayor frecuencia de depresión subclínica en personas casadas o en pareja estable que en aquellas en otras situaciones de convivencia (24). Sin embargo, nuestro relevamiento no halló diferencias significativas en la prevalencia de depresión subclínica entre personas solteras y en pareja estable.

Estudios previos han encontrado resultados disímiles en la relación entre la prevalencia de depresión subclínica y el estrato socioeconómico. Mientras el grupo de Goldney no encontró asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión subclínica y el estrato socioeconómico, Judd y Akiskal hallaron una correlación inversa entre el ingreso económico promedio y el grado de severidad de la sintomatología depresiva (4, 19). En nuestro estudio no se halló diferencia significativa en relación al estrato socioeconómico.

La presencia de desempleo en las personas con depresión subclínica ha demostrado ser un factor sumamente variable entre diferentes estudios. Fils y su grupo de investigación refieren una proporción de sujetos desempleados entre los que padecen depresión subclínica del 47% (24) mientras Graaf y col. encontraron una tasa del 17%. (25). En nuestro estudio 10% de las 30 personas con depresión subclínica estaban desempleadas.

Aunque existen tratamientos efectivos para la depresión, una proporción muy alta de los afectados permanecen sin diagnóstico y sin tratamiento. A nivel mundial, cerca de la mitad de los casos de depresión no se diagnosticaron y sólo la mitad de los identificados recibieron un tratamiento que incluyó una prescripción médica (26). En América Latina y el Caribe la brecha en el tratamiento de depresión, expresada en términos del porcentaje de personas que necesitaban tratamiento y no lo recibieron, varía entre 43% y 78% (27). En el caso de la depresión subclínica, la terapia cognitiva conductual ha demostrado buenos resultados (28). Sin embargo, en un contexto en donde el margen de diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor es tan amplio existen controversias sobre si conviene tratar la patología subclínica o si se debiera mejorar la detección y tratamiento de depresión mayor.

La falta de tratamiento y diagnóstico de los trastornos depresivos se asocia a una alta discapacidad en términos de días de trabajo perdidos, lo que representa una importante carga para la sociedad (27, 29). Además, la depresión afecta no sólo a quienes la padecen sino también al grupo familiar. Si bien la depresión subclínica no tiene un impacto tan importante sobre la calidad de vida de una persona como la depresión mayor, el mismo es significativo en comparación con las personas sanas (19, 26). Más aún, no se puede soslayar el riesgo que tiene un sujeto con depresión subclínica de evolucionar a un tras-

torno depresivo más severo (29). En un estudio, 32% de los pacientes con depresión subclínica evolucionó a un trastorno depresivo más grave y solo el 1,5% presentó una remisión espontánea en un período de un año (19). Howarth y col. hallaron que la probabilidad de un sujeto con depresión subclínica de desarrollar una depresión mayor en el transcurso de un año es 5,5 veces mayor que la de un sujeto sano (30). Cuijpers, Smit y Van Stralen han demostrado el efecto positivo del tratamiento psicoterapéutico para prevenir el ulterior desarrollo de una depresión mayor en personas con depresión subclínica (31). La evidencia empírica apunta a que la depresión subclínica, sin tratamiento, tiene baja probabilidad de desaparecer por sí sola. La detección y tratamiento temprano de la depresión subclínica es muy importante para disminuir la discapacidad asociada a la misma y como manera de prevenir su evolución hacia depresión mayor. En nuestra muestra, sólo el 37% de las personas con depresión subclínica realizaron una consulta profesional. El sistema de atención primaria de la salud debe estar especialmente atento a este problema ya que la mayoría de las personas consultan en este ámbito (32).

Es de destacar que si el sistema de salud no se encuentra familiarizado con la detección de este cuadro nosológico, el mismo podría quedar inadvertido y subtratado. Menos de la mitad de los casos de depresión subclínica identificados en este estudio que habían consultado un profesional, fueron diagnosticados. Aumentar la capacidad de los efectores de atención primaria de identificar personas con síntomas de depresión subclínica puede contribuir a un diagnóstico temprano.

Un aspecto especialmente alarmante de los trastornos depresivos es el suicidio. En Argentina, en 2016, el suicidio representó casi el 3% de todas las muertes de personas de 15 a 64 años, y fue la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 24 años, que representa el 14,1% de las muertes en este grupo de edad (33). En la práctica diaria, muchas veces se subestima el riesgo sui-

cida que la sintomatología depresiva constituye. Se ha encontrado que las personas con depresión subclínica tienen 3,4 veces más probabilidad de cometer intentos de suicidio que una persona sin patología mental (19).

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. La identificación basada únicamente en una entrevista estructurada administrada por entrevistadores no especializados, la naturaleza generalmente estigmatizadora del trastorno y la alta tasa de rechazo a la participación del individuo elegible pueden ser fuentes de sesgo. El tamaño de la muestra, que fue elegido para estimar la prevalencia de depresión en la población, resulta insuficiente para tener la potencia necesaria para estudiar factores de riesgo, debido a la baja prevalencia de la condición.

Según el mejor conocimiento de los autores, este es el primer estudio sobre la prevalencia de la depresión subclínica y el uso de los servicios en la región. Aún con las limitaciones señaladas, los resultados dan indicios sobre la existencia de grupos más vulnerables que sería interesante confirmar en un nuevo estudio con una muestra de mayor tamaño.

La alta prevalencia hallada y la baja tasa de identificación ponen de manifiesto la necesidad de adoptar políticas de salud pública sobre depresión subclínica.

Agradecimientos

Los autores agradecen a B. Macedo, B. Alvarado, A. Calligaris, E. Fekete, M. Figueredo, M. López Wortzman, N. Ormeño, E. Rottari, C. Terreni, S. Terrero, C. Zavalía y los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Comahue por su colaboración en realizar las entrevistas. Esta investigación fue parcialmente financiada por la Universidad Nacional del Comahue, subsidio de la Secretaría de Investigación 04B223.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses. ■

Referencias bibliográficas

1. Rojtenberg S. Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas: Polemos; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. 2018 [Internet. Acceso: Septiembre de 2018. Disponible en: www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/details/depression.
3. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al. Subthreshold depressive disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disorders*. 2003; 76: p. 171-81.
4. Goldney R, Fisher L, Dal Grande E, Taylor A. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: p. 293-8.
5. Solomon A, Haaga D, Arnow B. Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of continuity issue in depression research. *J Nerv Ment Dis*. 2001; 189: p. 498-506.
6. Ayuso-Mateos J, Nuevo R, Verdes E, Naidoo N, Chatterji S. From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: p. 365-71.
7. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes towards aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*. 2008; 48(5): p. 593-602.
8. Beekman A, Deeg D, Braam A, Smit J, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*. 1997; 27(6): p. 1397-409.

9. Baumeister H. A Clinical Significance Criterion is Essential for Diagnosing Subthreshold Depression. *Am J Psychiatry*. 2010;(167 (7)): p. 866-7.
10. Rivas M, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos J. Definitions and factor associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: p. 181.
11. Daray F, Rubinstein A, Gutierrez L, Lanás F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord*. 2017; 220: p. 15-23.
12. Stagnaro J, Cia A, Aguilar S, Vazquez N, Sustas S, Benjet C, et al. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018; 53(2): p. 121-9.
13. Center for Epidemiological Studies. CESD-R. 2018 [Internet. Acceso en 2018. Disponible en: cesd-r.com].
14. Ruiz P, Loret C, Vega J, Arevalo J, Chavez K, Vilela A, et al. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: a comparative validation study. *PLoS One*. 2012; 7(10): p. e5413.
15. Ministerio de Salud. 2013. [Internet. Disponible en: www.boletinoficial.gov.ar].
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo 2010. [Internet. Acceso 2016. Disponible en: sig.indec.gov.ar/censo2010/].
17. Ewing J. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA*. 1984; 252(14): p. 1905-7.
18. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R foundation for statistical computing; 2018. Report No.: 3-900051-07-0.
19. Judd L, Akiskal H, Paulus M. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord*. 1997;(45(1-2)): p. 5-17.
20. Sherbourne C, Wells K, Hays R, Rogers W, Bumam M, Judd L. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health speciality outpatients. *Am J Psychiatry*. 1994;(151(12)): p. 1777-84.
21. Kendler K, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. A population-based twin study of major depression in women: the impact of varying definitions of illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;(49(4)): p. 257-66.
22. Akiskal H, Rosenthal T, Haykal R, Lemmi H, Rosenthal R, Scott-Strauss A. Characterological Depressions clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective dysthymias' from 'character spectrum disorders'. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;(37(7)): p. 777-783.
23. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva; 2017.
24. Fils J, Penick E, Nickel E, Othmer E, Desouza C, Gabrieli W, et al. Minor versus mayor depression: a comparative clinical study. *Prime Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2010;(12(1)).
25. de Graaf L, Huibers M, Cuijpers P, Arntz A. Minor and major depression in the general population: does dysfunctional thinking play a role? *Compr Psychiatry*. 2010;(51(3)): p. 266-274.
26. Sartorius N, Üstün T, Lecrubier Y, Wittchen H. Depression comorbid anxiety: Results from the WHO Study of Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry*. 1996; 168(Supl): p. 38-43.
27. Kohn R, Levav I, de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo J, et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 4-5: p. 229-40.
28. Cuijpers P, Koole S, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds C. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(4): p. 268-74.
29. Broadhead W, Blazer D, George L, Tse C. Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990;(264(19)): p. 2524-8.
30. Horwath E, Johnson J, Klerman G, Weisman M. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;(49(10)): p. 817-23.
31. Cuijpers P, Smit F, van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;(115(6)): p. 434-41.
32. Wang P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Bromet E, et al. Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007;(370(9590)): p. 841-50.
33. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. 2016. [Internet. Disponible en: www.deis.msall.gov.ar/index.php/estadisticasvital/]

Una revisión del caso del “Hombre de las ratas”

Juan Pablo Lucchelli¹

1. Psiquiatra responsable Centre Médico-psychologique pour enfants de La Courneuve, Hôpital Ville-Evrard, Francia.

Autor correspondiente: Juan Pablo Lucchelli, E-mail: lucchelli@hotmail.com

Resumen

Nos centraremos en uno de los casos clave analizados por Freud, que denominó el “Hombre de las ratas” (nombre ficticio del paciente Ernst Lanzer) y analizado como una “neurosis obsesiva”. Como en el caso de Dora y la histeria, en éste caso clínico Freud pretende describir el prototipo de la neurosis obsesiva en el que no falta ningún elemento. Todo está allí: pensamientos sexuales prohibidos que obsesionan al sujeto, pensamientos agresivos hacia las personas que ama (especialmente su novia y su propio padre), el sentido del deber y la deuda que se imponen en forma de una costosa restricción, etc. Sin embargo, un examen cuidadoso de los síntomas y del comportamiento del paciente, tanto en su vida diaria como con su terapeuta, nos permite preguntarnos si se trata realmente de un trastorno “neurótico” y no de una patología diferente, especialmente en relación con los trastornos psicóticos. Aunque el diagnóstico de Freud de neurosis obsesiva puede evocar el actual trastorno obsesivo-compulsivo, se deben considerar otras patologías y comorbilidades que relativizarían el diagnóstico principal.

Palabras clave: Freud - Neurosis - obsesiva - Esquizofrenia - Automatismo mental - Hombre de las ratas - Psicoanálisis.

RAT MAN. A REVIEW

Abstract

We will focus on one of the key cases analyzed by Freud, the one he himself named the “Rat Man” (fictional name for patient Ernst Lanzer) and analyzed as an “obsessive neurosis”. As in the Dora case, in this clinical case Freud intends to describe the prototype of obsessive neurosis in which no element is missing. Everything is there: sexual and forbidden thoughts that obsess the subject, aggressive thoughts towards the people he loves (especially the one called the “lady” and his own father), the sense of duty and debt that are imposed in the form of an expensive constraint, etc. However, a careful examination of the patient’s symptoms and behavior both in his daily life and with his therapist allows us to ask ourselves whether this is really a “neurotic” disorder and not a different pathology, particularly in relation to psychotic disorders. Although Freud’s diagnosis of obsessive neurosis may evoke the current obsessive-compulsive disorder, other pathologies and comorbidities that would relativize the main diagnosis must be considered.

Keywords: Freud - Obsessive neurosis - Schizophrenia - Mental automatism – Psychoanalysis - “Rat Man”.

Introducción

Nos centraremos en uno de los casos clave analizados por Freud, que él mismo denominó el “Hombre de las ratas” (nombre ficticio del paciente Ernst Lanzer). Como en el caso de Dora y la histeria, en éste caso clínico Freud pretende describir el prototipo de neurosis obsesiva en el que no falta ningún elemento. Todo está presente: pensamientos sexuales prohibidos que obsesionan al sujeto, pensamientos agresivos hacia las personas que ama (especialmente su novia y su propio padre), el sentido del deber y la deuda que se imponen en forma de una costosa restricción, etc. Sin embargo, un examen cuidadoso de los síntomas y del comportamiento del paciente, tanto en su vida diaria como con su terapeuta, nos permite preguntarnos si se trata realmente de un trastorno “neurótico” y no de una patología diferente, especialmente en relación con los trastornos psicóticos. Aunque el diagnóstico de Freud de neurosis obsesiva puede evocar el actual trastorno obsesivo-compulsivo, se deben considerar otras patologías y comorbilidades que relativizarían el diagnóstico principal.

El caso

Nos centraremos en uno de los principales casos analizados por Freud diagnosticó la afección de Lanzer como una “neurosis obsesiva” (1). Para entender mejor el caso clínico, nos centraremos tanto en el caso clínico publicado por el autor como “Observaciones sobre un caso de neurosis obsesiva (El Hombre de las ratas)”, publicado en alemán en 1909, como en las notas inéditas, a saber, el “*Journal d’un analyse*” (2), que se hicieron públicas después de la muerte de Freud.

Ernst Lanzer visitó a Freud por primera vez el 1 de octubre de 1907. Lo consultó porque había leído uno de sus textos, y porque sufría de obsesiones y aprensiones, cuyo contenido consistía en el temor de que le sucediera una desgracia a las personas que amaba. El consultante era un abogado de 29 años de edad, cuyos estudios se habían visto retardados precisamente por sus obsesiones, que habían comenzado alrededor de los 20 años. Es muy notable que Lanzer pudiera confiar muy rápidamente a Freud, incluso sus sentimientos y experiencias más íntimas. El joven había ido a ver a Freud aquejado de una gran ansiedad ligada a una serie de mandatos patológicos que se había impuesto a sí mismo en relación con una “deuda” irrisoria que adquirió una dimensión desproporcionada en sus preocupaciones y, sobre todo, con ramificaciones bastante sorprendentes. Freud señala también en su escrito que, aunque encuentra el inventario completo de una neurosis, “hay algo más, una especie de formación delirante con un contenido extraño: los padres del niño (estos son recuerdos de su infancia) conocerían sus pensamientos, porque los expresaría sin escuchar sus palabras” (1, p. 205). La explicación del fundador del psicoanálisis nos parece un tanto simplista porque, después de haber notado la naturaleza extraña y atípica de la historia afirma: “Digo mis pensamientos

sin escucharme”, suena como una proyección fuera de nuestra propia hipótesis de que tenemos pensamientos sin saberlo; hay una percepción endopsíquica de lo reprimido” (1, p. 205). Además, también afirma que se trata de una “formación ilusoria”; y la palabra *delirium* aparece a menudo; al menos once veces en el texto citado (1, pp. 205, 211, 237-239, 243-245, 251, 259, 260).

También se observan en el paciente una serie de comportamientos extraños que Freud pone rápidamente en la cuenta de “transferencias”, por la sencilla razón de que incluyen a la persona del terapeuta. Así, durante la segunda sesión, después de que el paciente le ha hablado de la famosa tortura con ratas, que da nombre al caso clínico en el que el verdugo sería identificado con un “capitán cruel” que había contado la historia de esta tortura, Freud dice: “En un momento dado, como le señalo que yo no soy cruel, reacciona llamándose ‘mi capitán’ (2, p. 53) varias veces” (1, p. 209). De hecho, una serie casi interminable de “transferencias” tiene lugar durante el tratamiento con Freud, especialmente en forma de “fantasías”, es decir, imaginaciones muy hostiles con contenido sexual que llegan a la mente del joven contra su voluntad.

Otro elemento del caso que llama la atención de Freud es una especie de “... compulsión por entender: se obligó a comprender exactamente todas las sílabas que se hablaban antes que él, como si un gran tesoro estuviera en peligro de escapársele. Por eso se preguntaba: “¿Qué has dicho?, “y cuando se le repetía la frase, le parecía que la primera vez sonó diferente, y se volvía muy desagradable [con su interlocutor]” (2, p. 215). Por otro lado, Freud señala en su comunicación: “una compulsión por comprender que lo hacía insostenible para toda su familia” (1, p. 222), fenómeno al que da una explicación un tanto forzada: “... la compulsión por comprender vuelve al primo, ya que son sus palabras las que tienen tanto valor para él” (2, p. 217).

Es interesante ver cómo, a partir de un momento dado, el tratamiento se estanca, se vuelve redundante, incluso se detiene (sesión del 2 de diciembre, es decir, a sólo dos meses desde el inicio). Freud señala entonces: “Es extraño, su convicción de que realmente sentía ira por su padre, aunque reconoce todas las razones lógicas de ello, no ha cambiado” (2, p. 217). Por lo tanto, la interpretación no produce los efectos esperados y, por el contrario, a veces asistimos a un diálogo de sordos, una especie de paráfrasis interpretativa de Freud.

Centrémonos ahora en un tema específico, planteado por el paciente durante la segunda sesión (2 de octubre). Freud transcribe los dichos del paciente: “A los seis años ya sufría de erecciones, y sé que un día fui a casa de mi madre a quejarme de ello (...) También tenía, en ese momento, la morbosa idea de que mis padres conocían mis pensamientos y, para explicarlo, pensé que había expresado mis pensamientos sin oírme hablar. Veo aquí el comienzo de mi enfermedad.” (1, pág. 203). En el *Journal...* en la sesión del 2 de octubre, puede leerse: “Desde los seis años sufrí de erecciones y sé que un día fui a ver a mi madre para quejarme de ellas. También sé que para esto

tuve que superar escrúpulos, porque sospechaba que tenían algo que ver con mi imaginación y mi curiosidad, y durante algún tiempo tuve la enfermiza idea de que mis padres conocían mis pensamientos, lo cual me expliqué asumiendo que los decía en voz alta, pero sin escucharlos yo mismo. Ese fue el comienzo de mi enfermedad" (2, p. 39). Esta afirmación difiere de otra hecha por el paciente durante la sexta sesión (8 de octubre), que Freud transcribió en su diario de la siguiente manera: "Debe contar una historia real sobre su corta edad. Recuerda que, a la edad de ocho años, había temido que sus padres adivinaran sus pensamientos. Básicamente, esta idea le fue fiel durante toda su vida ("*Diese Idee sei ihm eigentlich treu geblieben durchs weitere Leben*")" (2, p. 73). Precisemos, pues, que esta confesión, tratada por el paciente como "un hecho real", no es transcrita por Freud en el caso publicado. Además, como señala el traductor al francés, en la frase de la sexta sesión, la palabra utilizada por Freud en el Diario no es "infancia" (*Kindheit*) sino "juventud" (*Jugend*). Mientras que en el caso publicado Freud sólo conserva la noción de infancia (*Kindheit*), esta diferencia de término nos guiaría en la dirección de un fenómeno que no se limitaría a la infancia (6 años), como también indica el paciente (8 años). En la frase: "Básicamente, esta idea le fue fiel durante toda su vida", parece que Freud relata una afirmación del propio Lanzer, como lo indica el uso del subjuntivo "*sei*". Pero eso no sería todo, porque Lanzer no sólo sigue creyendo, sino que hace explícita esta creencia en voz alta. Normalmente, el término "*treu geblieben*" se refiere a personas, como en castellano "ser fiel a". Expresar la palabra "*Idee*" es extraño; esto es lo que explica el uso del adverbio "*eigentlich*", que puede traducirse como "estrictamente hablando". Así, esta formulación sería tomada directamente de Lanzer, que sabe que invierte la relación normal: uno permanece fiel a una idea (y no "una idea permanece fiel a usted"). Freud notifica estrictamente las palabras del paciente, y por lo tanto insiste en el hecho de que es esta inversión la que está en juego.

Como saben todos los lectores de este caso clínico, Freud interviene mucho con su paciente, y por una buena razón: tuvo que hacerlo por la gravedad de la patología. Sin embargo, el psicoanalista vienés interpreta discrecionalmente, como indica esta muestra: "Después de decirle que la rata es el pene, pasando por el gusano (...) se sumerge en un flujo real de ideas súbitas, no todas unidas entre sí, y la mayoría de ellas vienen del lado del deseo de su estructura" (2, p. 231). Es evidente que la interpretación fantaseosa de Freud no tiene ningún efecto en su paciente, excepto que engendra una avalancha de ideas desarticuladas. Pero eso no es todo, porque Freud añade este material que probablemente forma parte de la vida cotidiana del paciente: "Unos meses antes de que se formara esta idea, había conocido en la calle a una mujer a la que inmediatamente identificó como prostituta o, al menos, como una persona que tenía relaciones sexuales con el hombre que le acompañaba. Su sonrisa particular despertó en él la extraña idea de que su primo estaba en su cuerpo y que sus genitales estaban colocados detrás

de los de la mujer de tal manera que ella gozaba de cada coito. Entonces el primo, que estaba dentro de esta mujer, estalló en llamas de tal manera que hizo que explotara la persona" (2, p. 231-2). Afortunadamente, Freud limita su acción interpretativa, de lo contrario la interpretación de la transferencia habría sido interminable, como leemos en la sesión del 4 de enero: "Feliz. Muchas otras ideas, transferencias, etc., que no estamos interpretando en este momento" (2, p. 235). Los momentos delirantes llegan a la realidad cotidiana, y no sólo a las "transferencias" con Freud, como escribe el psicoanalista después de que el paciente habla de su estrecha relación con su propia hermana: "Después de haber estado ayer por un tiempo con su hermana en otra habitación, le dice a su cuñado: 'Mira, si Rita consigue tener un hijo en un plazo de nueve meses, no creas que es mío; soy inocente'". (2, p. 239); y Freud escribe: "Éste es su último delirio sobre su despreciable comportamiento, que él desacredita de una manera muy complicada". En otras palabras, estamos otra vez con una historia delirante y desorganizada al mismo tiempo. Finalmente, al final de las notas de Freud (6 y 7 de enero), se consigna un sueño que parece condensar toda la relación de Lanzer con Freud: "Feliz, sonriente y con una mirada inteligente, como si tuviera un truco en su bolso. Un sueño y algunos fragmentos: va al dentista para que le saquen un diente enfermo. Este saca uno, sólo que no es el verdadero, sino un diente vecino, que fue ligeramente afectado" (2, p. 241). Podríamos decir que con respecto al Hombre de las ratas Freud siempre arrancó el diente vecino, el no afectado. Es consciente de ello, porque él mismo escribe: "Larga interrupción, estado de ánimo extremadamente alegre, mucho material, conexiones. No hay solución" (2, p. 249); mientras que en el caso publicado se lee: "Una vez encontrada la solución, la obsesión por las ratas ha desaparecido" (1, p. 242). Sin embargo, según Freud, la "solución" reside en el descubrimiento de una fantasía de parto anal, estrechamente ligada al hecho de que la prima se había sometido a una ovariectomía bilateral (con la consecuente esterilidad). La famosa tortura de las ratas podría ser traducida como una fantasía de parto, lo que corresponde verdaderamente a las "teorías sexuales infantiles" descritas por Freud, en las que tanto hombres como mujeres pueden dar a luz.

Discusión

El diagnóstico de "neurosis obsesiva" es para Freud un problema complejo, como lo ejemplifica el honesto intercambio epistolar que tuvo lugar en el momento del análisis del Hombre de las ratas, entre aquel y Jung. No sólo se trataba allí de la discusión diagnóstica del caso de Otto Gross (sobre el que volveremos más adelante), sino que también vemos que Freud percibía que cuadros clínicos similares podían tener dos aspectos, ya sea en el sentido de una "neurosis" o en el de la esquizofrenia. La comorbilidad entre la "obsesión" ("trastorno obsesivo compulsivo") y los trastornos psicóticos es importante. Esta disquisición también ha interesado al

psicoanálisis post-freudiano: basta con referirse a los casos de neurosis obsesiva estudiados por el psicoanalista francés M. Bouvet, que dicho autor diagnosticó como “neurosis obsesivas”, mientras que estos especialistas habían diagnosticado como esquizofrénicos (3, p. 28). En el caso aparentemente típico de la neurosis obsesiva del Hombre de las ratas, no podemos evitar ver elementos clínicos que corresponderían a la psicosis y no a la neurosis. En primer lugar, Freud escribe varias veces que su paciente sufre una especie de “delirio”: ciertamente, la palabra utilizada por Freud es “*delirium*” y no “*Wahn*”, lo que habría expresado el aspecto menos categórico, en la medida en que “*delirium*” en alemán, contiene el significado de un trastorno de la conciencia que se puede encontrar en cualquier “estructura clínica”. Se ha podido conjeturar que el “delirio” presente en el paciente de Freud no es lo mismo que el delirio psicótico (*Wahn*) (4, p. 52). Obviamente, podemos hacernos la siguiente pregunta: ¿por qué Freud utiliza la palabra *Wahn* a la hora de analizar el caso ficticio de la “Gradiva”, estrictamente contemporáneo al análisis de Lanzer, mientras que en relación con este último, publicado un año después, prefiere la palabra “*delirium*”?

También es interesante recordar que en el caso del Hombre de las ratas, se produce una discusión entre paciente y terapeuta sobre el diagnóstico: el primero se refiere a una “desintegración de la personalidad” (2, p. 69) (*Zerfall der Persönlichkeit*), con lo que Freud estaría de acuerdo: a) en el *Diario...* dice que está de acuerdo con una “*Spaltung der Persönlichkeit*” (2, p. 71), una división de la personalidad (mientras que ésta no es la palabra utilizada por el paciente); b) mientras que en el caso publicado, Freud indica “Estoy totalmente de acuerdo con su noción de la desagregación de la personalidad” (1, p. 214). Freud va aún más lejos al estipular que la moralidad es lo consciente mientras que el “mal” es lo inconsciente, para explicar dos aspectos presentes en el mismo individuo habitado por un *Spaltung*, una escisión. Lo que importa aquí es que es el mismo Ernst Lanzer quien considera que esta desagregación “se da desde el principio” (2, p. 69), es decir, que forma parte de la personalidad misma y no debe nada a un accidente ocasional en el curso de la vida. La noción de *Spaltung* tiene, en Freud, un estatus ambiguo (pero, en realidad, según nuestra hipótesis, Freud es ambiguo sobre el diagnóstico del Hombre de las ratas, desde el principio), que utiliza a veces para caracterizar psicosis severas, a veces para el fetichismo u otras relaciones alteradas con la realidad (5). A este respecto, cabe recordar también que es la noción de *Spaltung* la que servirá a Bleuler para establecer los fundamentos de la esquizofrenia. Además, es probable que la neurosis obsesiva de Freud causara problemas a Bleuler, como parece atestiguar el intercambio epistolar entre estos dos autores. En efecto, en una carta de Bleuler a Freud escrita poco después de la publicación del caso del Hombre de las ratas, podemos leer, probablemente con referencia a este último: “Muchas gracias por sus pensamientos sobre la neurosis obsesiva. Aunque debo confesarle que entenderlo plenamente me significa un

gran trabajo. Su concepción ha seguido desarrollándose tan rápidamente que tengo dificultades para seguirle (...) En muchas áreas he podido seguirle cojeando, y espero que aquí también mis débiles piernas me lleven algún día hasta el final” (6, p. 82).

El otro punto que se debe considerar es el relativo a la “omnipotencia del pensamiento”, que parece fluir de la fuente tanto para Freud como para los psicoanalistas. Sabemos que en los niños, una especie de “pensamiento mágico” o incluso “ilógico” (Piaget) puede llevarnos a suponer la existencia de un pensamiento todopoderoso en el sentido de que superaría los límites de la “realidad” (aunque todavía tengamos que preguntarnos qué entendemos por realidad aquí). Como ejemplo de esta omnipotencia, Freud explica que su paciente era “supersticioso”, pero especifica que esta superstición no se basaba en temas comunes como lo que puede acontecer los días viernes, o el número 13, y que consistía, por el contrario, en “sueños premonitorios”, como recibir cartas de personas en las que había pensado “repentinamente”, o encontrarse continuamente con “personas a las que acababa de cuidar”, o incluso en presagios, etc. En resumen, momentos interpretativos continuos que parasitan constantemente al paciente, dándole la impresión de una especie de “sincronicidad”.

En particular, subrayamos lo que el paciente le confió a Freud durante su segunda entrevista, es decir, que creía que uno podía adivinar o saber lo que pensaba; este dato clínico fue retomado por el paciente durante la sexta sesión con Freud. Explícitamente, Lanzer cree que esta idea todavía vive en él, que ha permanecido fiel a él, que es parte de su propia personalidad. No creemos que este dato clínico sea de una fuerza suficientemente grande como para ser aplicado, sin embargo, es muy similar a lo que se conoce como automatismo mental (7) y que es un síntoma único de “primer orden” en el diagnóstico de la esquizofrenia (8). No ignoramos aquí el resto de la historia del paciente: creemos que este elemento (es decir, que esta idea ha permanecido fiel a él) ha sido descuidado e incluso censurado por Freud (el tema está presente en el “*Journal...*”, pero está ausente en el caso clínico publicado). Sin duda, este “automatismo mental” podría contradecir la convicción de Freud de que el Hombre de las ratas era un caso de “neurosis obsesiva” y no una psicosis. Además, en aquella época (1907-1908), Freud no tenía muy en claro lo que era la “neurosis obsesiva”, ni sus límites con la “*dementia praecox*”, como lo demuestra la correspondencia mantenida en aquel momento con Jung, antes mencionada, sobre el caso de Otto Gross, paciente de Freud, seguido por Jung en Suiza. Por momentos, Jung considera que el caso de Gross es una neurosis obsesiva, con lo que Freud está de acuerdo, pero otras veces Jung considera que se trata de una esquizofrenia, un diagnóstico con el que Freud tampoco puede estar en desacuerdo, dada la experiencia de Jung con los esquizofrénicos (6, pp. 219-224).

Aclaremos este punto, que nos parece importante, de dos maneras: a) el fenómeno se extiende mucho más allá de la infancia y se puede deducir que incluso forma

parte de la psique cotidiana del paciente; b) Freud censura conscientemente este elemento clínico que le preocuparía por un diagnóstico no psicótico (neurosis), sobre todo porque, al examinarlo más de cerca, podría, por el contrario, servirle para establecer su teoría de la omnipotencia del pensamiento, cuestión sobre la que regresa al final del texto publicado sin mencionar, sin embargo, esta "lectura del pensamiento". Entonces, ¿cómo puede justificarse esta autocensura?

Además, puede sorprender que la mayoría de los comentaristas críticos de Freud no se detuvieran en este aspecto clínico, como P. Mahony, que plantea la cuestión de manera relevante pero no saca conclusiones clínicas de ella: "La exteriorización de la crítica y la auto-observación de su superego se manifestó en su excesiva dependencia de confidentes tranquilizadores y en su creencia de toda la vida de que sus padres podían leer sus pensamientos" (9, p. 81).

Un primer elemento de respuesta sería entender que Freud veía la patología mental de una manera diferente a la de sus contemporáneos, centrándose en la génesis psicológica de los trastornos a través de la interpretación psicoanalítica. Pudimos leer la naturaleza un tanto forzada de este proceso como lo evidencian las interpretaciones de la transferencia (etiología sexual, edípica, etc.). Por supuesto, nuestra crítica no puede abordar este aspecto, dada la naturaleza innovadora, así como experimental, del enfoque freudiano.

Por otro lado, sería relevante centrarse precisamente en esta innovación: ¿pueden las intervenciones freudianas y sus conclusiones clínicas y teóricas ser consideradas relevantes a la hora de estudiar un caso psicopatológico de naturaleza muy distinta a la prevista por el autor? Uno podría estar tentado a argumentar que no fue el diagnóstico lo que le impidió a Freud analizar otros casos graves, como el del Hombre de los lobos (10), o el del "paciente AB" (11), casos de psicosis probadas que Freud consideró, una vez más, como neurosis (aunque para el paciente AB habría cambiado de opinión sobre el diagnóstico una vez que el paciente había estado hospitalizado durante mucho tiempo en psiquiatría).

Nuestro propósito es formular otro aspecto que va

más allá del caso particular de Lanzer. ¿Cómo podemos considerar que el caso es representativo de una neurosis obsesiva cuando presenta una patología mental que va más allá de las "neurosis"? Mejor aún, ¿cómo podemos estimar que constituye el prototipo de la neurosis masculina, dado que la mayoría de los hombres neuróticos serían más o menos obsesivos? Es sorprendente que un autor como Lacan, que inaugura tanto su famoso regreso a Freud como su lectura estructuralista del psicoanálisis desde el Hombre de las ratas, nunca haya cuestionado el diagnóstico del caso Lanzer (ni lo hizo con respecto a los casos de "neurosis obsesiva" de Bouvet). Finalmente, notemos el mismo comentario de Freud sobre el Hombre de las ratas, particularmente sobre el fenómeno de la lectura del pensamiento o lo que él llama "pensamiento todopoderoso": "Ciertamente estaríamos tentados de declarar que se trata de una ilusión más allá de los límites de una neurosis obsesiva" (1, p. 251).

Conclusión

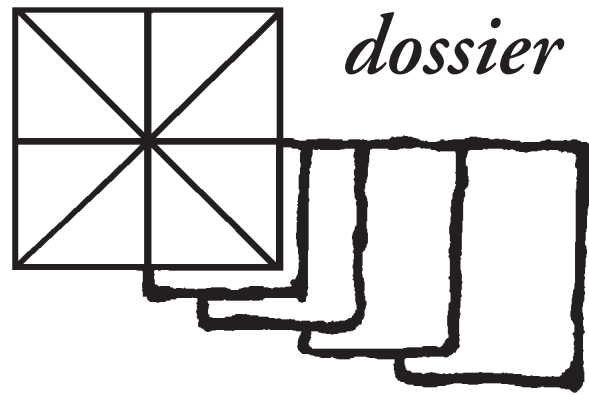
Nuestra revisión del caso Lanzer es simple en el sentido de que es inequívoca: si el caso del Hombre de las ratas corresponde efectivamente a lo que la psiquiatría actual llama "trastorno obsesivo compulsivo", entonces el caso Lanzer no puede ser analizado en el sentido clásico, es decir, que no es interpretable y no puede ser sometido a una cura "tipo". Si, además, contiene elementos clínicos que lo caracterizarían como un trastorno psicótico, en particular la existencia de automatismo mental, el único enfoque psicoanalítico posible sería el que corresponde a las psicosis, incluyendo lo que se caracteriza como "psicosis ordinarias" (12) o "psicosis frías" (13), es decir, sin referencia a las herramientas convencionales de curación analítica, como la interpretación y, en particular, lo que algunos autores denominan "interpretación de transferencia".

Conflictos de intereses

El autor declara no tener conflictos de intereses respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Freud S. "Observations sur un cas de névrose obsessionnelle (L'Homme aux rats)", in *Cinq psychanalyses*. París: PUF, 1954.
2. Freud S. *L'Homme aux rats, Journal d'une analyse*. París: PUF, 1974.
3. Bouvet M. *La relation d'objet*. París: PUF, 2006.
4. Maleval, J.-C. *Logique du délire*. París: Masson, 1996.
5. Freud S. "Fétichisme", in *La vie sexuelle*. París: PUF, 1985.
6. Freud S, Bleuler E. *Lettres 1904-1937*. París: Gallimard, 2016.
7. De Clérambault GG. *Œuvres choisies*. París: Les éditions de la conquête, 2017.
8. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Arlington, VA, USA, 5th edition, 2013.
9. Mahony P. *Freud et l'Homme aux rats*. París: PUF, 1991.
10. Freud S. "Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'Homme aux Loups)", in *Cinq psychanalyses*. París: P.U.F., 1954.
11. Lynn D. "Freud's analysis of a psychotic man, A. B., between 1925 and 1930": En línea: <https://sites.google.com/site/olivierdouvilleofficiel/articles/l-analyse-par-freud-d-un-man-psychotic>.
12. Lucchelli JP, Fajnwaks F. Clinique de la psychose ordinaire. *L'Information psychiatrique*, 2010/5 (86): 405-411.
13. Kestemberg E. *La psychose froide*. París: PUF, 2018.



DROGAS Y ALCOHOL

Según el “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” (Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX: 275-299), los trastornos mentales con prevalencia de vida más elevada en nuestro medio fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%), el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la Fobia específica (6,8%). Los Trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los Trastornos del estado de ánimo (12,3%) y los Trastornos por sustancias (10,4%). Es de destacar que según ese estudio la mayoría de los individuos en la Argentina, con Trastornos del estado de ánimo (100%) o con Trastornos de ansiedad (72,5%), con el tiempo acceden al tratamiento, mientras que aquellos que padecen algún Trastorno por abuso de sustancias no lo hacen (41,6%). Asimismo, es particularmente significativo que sea muy poco frecuente el tratamiento temprano (2,6% para Trastorno por abuso de sustancias, 14,6% para Trastornos de ansiedad y 31,3% para Trastornos del estado de ánimo). Ya en 2016, fallecieron en Argentina 7.700 hombres y 4.700 mujeres a causa del alcohol. La bebida estuvo directamente implicada en 5,8% de las muertes masculinas y en el 2,5% de las muertes femeninas registradas ese año, según las conclusiones de un estudio internacional que comparó 195 países, publicado en The Lancet. Según los datos del informe, Argentina es uno de los países con mayor porcentaje de bebedores actuales de alcohol, detrás de Dinamarca (97% de hombres y 95% de mujeres), Noruega (94,3% de hombres y 91,4% de mujeres) y

Alemania (94,3% y 90% respectivamente). El 94,3% de los varones y el 89,9% de las mujeres mayores de 15 años consumieron alcohol en la Argentina en el año 2016, constituyendo así el principal motivo de consultas por problemas vinculados a sustancias y ubicando a nuestro país en el primer lugar en el ranking de consumo de alcohol en América Latina, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esas cifras no han mejorado sustancialmente en el presente y puede que se hayan agravado.

Los adolescentes constituyen un grupo etario de riesgo: según datos de la SEDRONAR en los últimos siete años aumentó el 50% el consumo de alcohol entre los 12 y 17 años de edad. Además, el 47% de los jóvenes que consumieron alcohol en el último mes lo hizo en forma excesiva. El alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15 a 49 años.

En 2015, junto con otros 192 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Argentina se comprometió a trabajar para lograr 17 objetivos mundiales (Objetivos de Desarrollo Sostenible). Una de las metas descritas en el objetivo 3 es “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”, y, en 2013, nuestro país fue firmante del “Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”. Dicho plan establece 25 indicadores para cumplir 9 metas mundiales

para 2025. La meta mundial 2 establece la “reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10% para 2025”.

En el presente Dossier, como lo hemos hecho en otros anteriores, volvemos sobre ciertos tópicos vinculados con el consumo problemático de drogas y alcohol, tema de importancia central en nuestro medio, tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico ya que los tóxicos están presentes en la consulta diaria de los psiquiatras en proporciones nunca vista hasta los últimos años.

Con el sugestivo título “Babel”, Ivana Buttazzoni, María Inés Conci, Martín Quarleri, María Cristina Rodríguez, Claudia Tisera, nos ofrecen un trabajo que intenta exponer las dificultades que se crean a partir del abordaje multidisciplinario en el marco de la ley 26.657, del consumo problemático de sustancias concibiendo al mismo como un emergente de la sociedad de consumo.

Por su lado, Federico Pavlovsky explora, en una extensa y documentada revisión, la utilidad y los riesgos del empleo de fármacos en el tratamiento del alcoholismo.

En el siguiente artículo Verónica Arias, Laura Lazarino, Natalia López y Federico Ruiz, entendiendo al consumo de sustancias en tanto problemática de salud estudian los avatares de la intervención profesional en dispositivos que trabajan con jóvenes insertos en el Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil (SRJP), en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, Argentina, desnaturalizando el enfoque punitivo de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas.

En un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y descriptivo, de corte transversal, Galván y un grupo de colegas colombianos describen la relación entre el uso de sustancias y la impulsividad en función del género como variable moderadora en una muestra de 1400 adolescentes de 12 a 18 años de edad, de uno y otro género, que concurren al nivel secundario de un colegio público de la ciudad de Córdoba.

Y, para finalizar, presentamos una extensa entrevista a Jorge Luis Pellegrini creador de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA), en la que se relata la historia de los mismos y los principios teóricos que los inspiraron. ■

Babel

Ivana Buttazzoni¹, María Inés Conci², Martín Quarleri³,
María Cristina Rodríguez⁴, Claudia Tisera⁵

1. Licenciada en Psicología (UBA).
2. Licenciada en Trabajo Social (UMSA).
3. Licenciado en Psicología (UBA).
4. Licenciada en Psicología (UNM).
5. Licenciada en Trabajo Social (UNSA).

Autor correspondiente: Ivana Buttazzoni, ivana.buttazzoni@gmail.com

Resumen

Este trabajo intenta exponer las dificultades que se crean a partir del abordaje del consumo problemático de sustancias concibiendo al mismo como un emergente de la sociedad de consumo. La ley Nacional de Salud Mental 26.657, plantea la atención interdisciplinaria, intersectorial e integral de las patologías mentales, incluyendo en su artículo 4° las adicciones. Este planteo da lugar al encuentro/desencuentro de diferentes marcos teóricos con sus determinadas implicancias. Poner en práctica dicha ley involucra el entrecruzamiento de discursos de diferentes disciplinas y actores sociales, generando en varias ocasiones obstáculos. Metafóricamente una Babel epistémica, un conjunto heterogéneo de teorías que complejiza su implementación. Los ejes para hacer visible lo expuesto serán las representaciones, los prejuicios, la accesibilidad a la salud y los diversos criterios entre distintos paradigmas vigentes.

Palabras clave: Consumo problemático - Abordajes terapéuticos - Ley Nacional de Salud Mental - Interdisciplina - Acceso a la salud.

BABEL

Abstract

This work tries to expose the difficulties that are created from the approach of the problematic consumption of substances conceiving the same as an emergent of the society of consumption. The National Law of Mental Health 26.657, raises the interdisciplinary, intersectoral and integral attention of mental pathologies, including in its article 4 addictions. This approach gives rise to the encounter / disagreement of different theoretical frameworks with their specific implications. Implementing this law involves the intersection of speeches from different disciplines and social actors, generating obstacles on several occasions. Metaphorically an epistemic Babel, a heterogeneous set of theories that complicates its implementation. The axes to make the exposed visible will be the representations, the prejudices, the accessibility to the health and the diverse criteria between different current paradigms.

Key words: Problematic consumption - Therapeutic approaches - National Law of Mental Health - Interdisciplinary - Access to health.

Introducción

*“...el nombre de dicha ciudad fue Babel porque Dios confundió allí el lenguaje de toda la tierra”.
Génesis 11, 1-9.*

Desde los años '70 la proliferación del consumo de bienes y servicios ha ido incrementándose de manera significativa en el mundo capitalista. El consumo de sustancias antes restringido a determinados sectores, u orientado a la conexión con las deidades o con fines medicinales, se ha transformado en un fin en sí mismo.

En las prácticas cotidianas relativas a este fenómeno es sumamente dificultoso encontrar conceptos que signifiquen lo mismo para un psicólogo, un trabajador social, un psiquiatra etc. Es posible encontrar divergencias incluso dentro de las mismas disciplinas. Esto conlleva un ruido comunicacional en la praxis conjunta. Aplicar la Ley de Salud Mental 26.657 (1) es un desafío a las concepciones y paradigmas previos instaurados en la sociedad. Esto significa dar respuestas no solamente desde el campo de la Salud Mental sino, también, desde la sociedad y las instituciones que la componen. Se trata entonces de pensar a todos los agentes institucionales frente a la problemática de consumo tomando al sujeto no como un delincuente o enfermo sino como el resultado de la sociedad hiperconsumista. Desde la propia práctica profesional surge la pregunta de cómo entamar las distintas miradas articulando a los sujetos, los profesionales y sus discursos y/o prejuicios en los diversos servicios de salud y los demás sectores institucionales (estamentos de gobierno, agencias públicas y privadas). El hecho mismo de que los agentes de salud sean parte de la sociedad, no sólo como ciudadanos sino como consumidores, instaura la pregunta de cómo afecta dicha situación al discurso, a la ética y a las prácticas profesionales.

Los objetivos principales que se propone abordar este trabajo son:

- Identificar problemáticas de la práctica profesional en base al marco legal de la ley de salud mental.
- Desarrollar los conceptos de accesibilidad, estigma social e interdisciplina en relación a los actores de salud intervinientes.
- Ampliar la mirada hacia el sujeto con problemática de consumo en relación a la implementación de la Ley de Salud Mental 26.657.

1. ¿Una nueva mirada del Sujeto?

Dentro del marco reglamentario de la Ley 26.657 (1), promulgada en diciembre de 2010, que encuadra las prácticas profesionales en Salud Mental, específicamente en los artículos 4¹, 9² y 36³, se observa que en la actualidad, y a pesar de que la citada ley data de varios años, no existe su implementación en las prácticas profesionales de políticas locales.

Dicha ley propone que las prácticas en el campo de la Salud Mental no deben pertenecer solamente a la órbita del área de la salud, sino que requieren de la intervención de otros estamentos políticos, que tienen responsabilidades específicas: el Ministerio de Desarrollo, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Planificación, la autoridad de aplicación, las áreas responsables de políticas de inclusión social, de inclusión laboral, de prevención, de adaptaciones edilicias y de identificación de personas. En virtud de estas especificaciones, el cuerpo del Decreto Reglamentario de dicha ley establece la creación de un Consejo en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de la Presidencia de la Nación, que debería estar integrado por los Ministerios que menciona el artículo 36 (Salud, Educación, Desarrollo Social y Secretaría de Trabajo). El citado Consejo tendría como objetivo primordial coordinar planes de inclusión sociolaboral y de políticas intersectoriales, ampliando de esta manera la cantidad de actores intervinientes en la implementación de las políticas y dándole una mirada inclusiva con un mayor involucramiento y participación de toda la comunidad.

Sin embargo, a pesar de la existencia de la reglamentación y de las especificaciones de los artículos 4 y 9, se observa que no pocas de las prácticas profesionales actuales se basan en el antiguo paradigma de reclusión en institutos especializados para el tratamiento de sujetos adictos. Éstas prácticas, que responden a dar respuestas, casi exclusivamente desde el área de la salud, excluyen la posibilidad de tratamientos ambulatorios, dando cuenta, principalmente en las ciudades del interior del país, de la falta de capacitación profesional en la problemática de consumos. Predominan los discursos donde todavía se continúa hablando de personas adictas que solo pueden ser recuperadas a través de dispositivos asilares o utilizando la prescripción de medicamentos en forma automática (2), muchas veces sin siquiera buscar un referente en el seno familiar, o en la familia ampliada, que pueda hacerse cargo del acompañamiento en el proceso terapéutico.

¹ ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

² ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

³ ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Un gran porcentaje de los gobiernos locales desconocen la existencia del enfoque propuesto por la ley, estigmatizando al usuario de sustancias y limitando su atención al ámbito de la atención en salud. Aparece así como remota, la posibilidad de contar con espacios de capacitación, debate, acuerdos básicos entre sectores; como también, el involucramiento y coordinación con las diferentes áreas tendiendo a la utilización de recursos locales, que permitiría llevar a la práctica pautas concretas de trabajo que incluyan políticas de promoción y prevención en salud mental y dispositivos alternativos de tratamientos ambulatorios integrales, interdisciplinarios e intersectoriales para dar respuesta a un problema cuyo núcleo central es cultural y social.

2. Babel interdisciplinario

¿Qué estatuto tiene el Consumo Problemático de sustancias para las disciplinas que lo abordan? ¿Es una enfermedad? ¿Es el síntoma de una enfermedad subyacente? Si es una enfermedad, ¿es lo mismo para un/a médico/a clínico/a que para un/a médico/a psiquiatra? ¿Para un psicólogo/a con orientación psicoanalítica que para uno/a con orientación sistémica o conductual? ¿Es lo mismo que para un/a trabajador/a social? Los mismos interrogantes podrían plantearse si se lo considera un síntoma.

Las posibles respuestas son diversas y dependen de quien las enuncie, pero se torna necesario conocerlas ya que la ponderación que se haga, la categorización en la que se incluya al consumo problemático de sustancias, determinará su abordaje y condicionará su terapéutica.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (1) establece en su artículo 3º que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”, y, en su artículo 4º, que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” y agrega en sus artículos 8º y 9º (*vide supra*) que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario e intersectorial.

El marco legal que la ley propone realza las preguntas planteadas al determinar el encuentro de diferentes disciplinas y por lo tanto de diversos marcos teóricos, diferentes representaciones acerca del sujeto que padece y distintas definiciones acerca de qué es una enfermedad, un síntoma y cómo abordarlo.

Alicia Stolkiner afirma que la interdisciplina “... nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (3).

Los consumos problemáticos desafían y cuestionan el abordaje unidisciplinario en tanto esta perspectiva, tiene como condición simplificar sus múltiples dimensiones causales eligiendo o resaltando alguno de sus

aspectos pero necesariamente descartando otros. La problemática del consumo “agujerea” los saberes de las disciplinas que lo abordan al evidenciarlos y develarlos insuficientes. Estas insuficiencias se traducen en impotencia, manifestada en prejuicios, temores y expulsiones (obstáculos de los servicios de salud) de los/as pacientes por parte de los/las profesionales que abordan la problemática.

El discurso médico hegemónico que monopoliza el abordaje de los padecimientos humanos se sostiene en una concepción de ciencia racional positivista que pretende un inequívoco contacto con “lo real” cuando aborda su objeto. El padecimiento se reduce a lo biológico y adquiere el estatuto de enfermedad, quedando minimizado e incluso descartado todo aquello que exceda este marco.

Considerar la subjetividad (sujeto del inconsciente, sujeto de una clase social, sujeto del género, etc.) de un/a paciente con consumo problemático es un plus escasamente tolerado que viene a sobrecargar el tratamiento desde una perspectiva médica. Se escotomiza la mirada para hacerlo entrar en los esquemas epistémicos, contradiciendo la propuesta de la interdisciplina.

El desafío interdisciplinario requiere dejar de forzar la problemática para que cuadre en los marcos conceptuales y metodológicos de las disciplinas convocadas para su abordaje y reconocer la complejidad dada por el entrecruzamiento de las variables que intervienen en su causación. Se trataría de “formas parciales de prefiguración de un movimiento que va de la Ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas” (3).

La condición para que el trabajo interdisciplinario tenga sentido es la visibilización por parte de las diferentes disciplinas de los límites de sus marcos teóricos, cuyos constructos tienen en sus orígenes determinadas condiciones (culturales, históricas, económicas, etc.) para su producción, que la adhesión a ellos es pasional y que, por sobre todo, no se bastan a sí mismos.

3. Accesibilidad

Como se adelantó, uno de los objetivos del presente trabajo es analizar y problematizar la posición de los profesionales que integran los servicios de salud mental y cómo este posicionamiento podría producir obstáculos en el vínculo terapéutico con los sujetos que necesitan acceder al sistema de salud especializado en adicciones.

Desde los lineamientos de la Ley de Salud Mental, donde se asegura el derecho a la salud mental a todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos (art. 1) incluyendo las adicciones (art. 4 y 9), se observa la manera en que se van presentando diversos obstáculos que imposibilitan el acceso de los sujetos al sistema de salud.

Estos obstáculos son variados, desde la barrera geográfica que a veces se presenta, por ejemplo, en casos donde una autopista no permite llegar al lugar para ac-

ceder al sistema de salud, hasta cuestiones culturales, legales, administrativas y/o económicas.

¿Pero qué es la accesibilidad? Comas y colaboradores, definen accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (4). No es sólo un problema de la oferta de salud sino además de los sujetos/usuarios como constructores de accesibilidad. Se refiere a las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, es decir a la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

En relación a la problemática de consumo de sustancias, es imprescindible analizar las representaciones de los profesionales de la salud partiendo de los prejuicios estigmatizantes acerca del consumo de sustancias que luego se reproduce en los discursos y condiciones de los servicios de salud lo cual podría generar barreras de accesibilidad, es decir aquellas que pueden operar como obstáculos o facilitadores de accesibilidad. Esto se relaciona con el vínculo que se crea entre el profesional de la salud y el sujeto/paciente en relación a las propias representaciones que cada uno de los actores conlleva.

En el caso de los profesionales de la salud estas representaciones pueden estar ligadas a prejuicios, miedos propios, estigmatizaciones que podrían interferir en la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico. Además la imposibilidad de trabajo en equipo con otros colegas, en los servicios o intersectorialmente, opera como otro impedimento; es particularmente el caso de los profesionales de la salud mental que trabajan solos en consultorios privados o en dispositivos públicos aislados geográficamente.

La mirada está focalizada entonces en la dificultad de acceso al sistema de salud que se vincula a la práctica profesional en salud mental. Estos problemas abarcan desde las representaciones de los profesionales de la salud mental hasta los dispositivos en los que trabajan, es decir cómo se articulan los servicios en los que se desempeñan con otros servicios de salud.

4. Discursos, prejuicios y estigmatización

La figura del sujeto con Problemáticas de Consumo ha ido variando en el tiempo en sintonía con los diferentes paradigmas reinantes. Es así como el mismo fue considerado un enfermo, un delincuente, alguien peligroso para sí mismo y/o para terceros, un adicto, entre otras definiciones.

Observando este fenómeno bajo el enfoque de la actual Ley de Salud Mental, cabe señalar que en cada caso debe ser considerado todo el campo problemático en el que está incluida la persona padeciente. Esta óptica abre la posibilidad de pensar la cuestión de manera más abarcativa en relación a las problemáticas del consumo. Aparecen así, dentro del abanico de posibilidades el atravesamiento y entrecruzamiento de los discursos médico, psicológico, jurídico, social, antropológico, político etc. La convergencia de estos discursos habilita,

por un lado, a pensar de manera intersectorial con el fin de dar respuestas asertivas y superadoras a la mirada individual. Pero, por otro lado, la convergencia de múltiples discursos termina provocando divergencias a la hora de poner en marcha acciones concretas. Esta *Babel* conceptual genera inconvenientes en principio en la Accesibilidad (5) y, en un nivel más profundo, interpela acerca de los posibles prejuicios que cada actor y/o profesional maneja en su fuero interno problematizando así la práctica cotidiana. Se va conformando en esta red una serie de dificultades, de las que no sólo da cuenta el sujeto padeciente respecto a la multiplicidad de malestares acarreada por el consumo, sino además de las que cada profesional involucrado deberá dar cuenta dentro del ámbito de su competencia. Factores subjetivos, escotomas conceptuales, dificultad para actuar en equipo, rigidez discursiva, diferencia en el manejo de conceptos, falta de información, planteamientos desde paradigmas y marcos teóricos diferentes son algunos obstáculos a sortear.

Darío Galante (6) en un texto en el cual evoca a Jacques Alain Miller habla acerca de algunos axiomas aplicables a la cuestión de los consumos problemáticos. En uno de ellos: “*No juzguéis*”, menciona los riesgos que presenta la hipermodernidad en relación a encontrar parámetros que validen el poder emitir un juicio respecto del otro. La dificultad que plantea señala a la pluralidad como eje, ya que la diversidad de opiniones que se habilitan para no apagar la voz individual del sujeto, algo que reconoce como positivo por una parte, obstruye la capacidad de establecer un juicio en relación al accionar del otro. En este caso, es posible aplicarlo a la multiplicidad de miradas que afectan el juicio en conjunto respecto del sujeto padeciente. Dicho sujeto aparece estigmatizado socialmente según lo presentan Vázquez y Stolkiner (7), es decir, ya no a través de inscripciones en el cuerpo, sino como la visión actual del mal en sí mismo. Como consecuencia, se convierte en un ciudadano con menos derechos que el ciudadano común. No porque lo dicten las leyes sino por el constructo social que se hace del toxicómano. Cabe la posibilidad que dentro del área de salud existan profesionales que piensen de la misma manera. Se intensifica así no sólo la brecha de desigualdad que sufre el sujeto adicto, sino también la discriminación y los prejuicios provenientes de aquellos que se encuentran ofertados en la sociedad, los profesionales, con el fin de operar en la lucha contra las problemáticas del consumo. La lucha contra las drogas y el consumo problemático, son dos paradigmas diferentes, que no se deben mezclar.

Abocarse al trabajo que rodea al consumo problemático desde los lineamientos propuestos por la Ley de Salud Mental, presenta un gran desafío para la sociedad en su conjunto ya que demanda trabajar en sintonía con una variedad de sectores públicos y privados, los cuales como toda sociedad, se encuentran compuestos de ciudadanos. Estos ciudadanos, a la vez serán actores desde distintas funciones, algunas de ellas disciplinares y profesionales, que se desgranarán bajo infinidad de miradas sobre la persona y su problemática.

En síntesis la conjunción de lenguajes, paradigmas, marcos teóricos y diversidad de actores sociales conforman una *Babel* que obstaculiza a través de prejuicios, divergencia de discursos, etcétera, la puesta en marcha integrativa y a la vez necesaria que se desprende de los lineamientos actuales regidos por la Ley de Salud Mental.

Conclusión

En el mundo capitalista actual, en donde prevalece la lógica mercantil, en donde tanto el profesional de la salud como el paciente se encuentran inmersos en el consumo de bienes, y servicios, la práctica profesional se ve interpelada en tanto que debe dar respuestas más amplias y extendidas en red. Esto exige buscar nuevas herramientas que permitan la integración de los distintos abordajes, disciplinas y discursos. En este contexto, nuestra metáfora acerca de la torre de *Babel* se refiere a la multiplicidad de lenguajes, terminología y variedad de posicionamientos que están operando en una misma situación de abordaje de las problemáticas de consumo. Habrá momentos en que estas cuestiones se

entrelacen positivamente y otras en las que choquen provocando obstáculos en las intervenciones de los actores involucrados.

Aunado a todo esto, la Ley de Salud Mental 26.657, insta la necesidad del trabajo conjunto. Desde este enfoque se vuelve imperativo que todos los actores participen desde su lugar, teniendo en cuenta que la suya no es la única perspectiva. Es decir, abandonando la comodidad del saber de cada disciplina para complejizar la mirada en pos de mejorar la calidad de respuesta.

En suma, pensar al saber desde una forma dinámica. Contemplando al sujeto desde todas sus facetas de construcción y deconstrucción, sin olvidar que es un sujeto consumidor inserto en una sociedad consumista. La cual reclama respuestas inmediatas a profesionales que también pueden padecer problemas de consumo, aunque invisibilizados por la cultura que comparten y la aceptación social que dichos consumos poseen.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Dic. 2010. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>
2. Conrad P (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social, *Psiquiatría Crítica*". In: Ingleby D (edit.) *La política de la Salud Mental*. Barcelona: Crítica; pp. 129-154.
3. Stolkner A (1987). "De Interdisciplinas e Indisciplinas". In: Elichiry N (Comp.) "El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio". Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 313-315.
4. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, Sotelo R, Stolkner A (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones, Volumen XIV.
5. Galante D (2016). *¿Razonar o resonar? Hiperconectados. Los psicoanalistas frente a los lazos virtuales*. XXV Jornadas Anuales de la EOL, Buenos Aires.
6. Galante D (2016). "Cinco axiomas aplicados a la clínica de las toxicomanías" *Pharmakon digital*, Nro 2, pp. 48-53.
7. Vázquez A, Stolkner A (2009). *Psicología social, política y comunitaria*. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de investigaciones. Volumen XVI.

Disulfiram, historia, controversias y su utilización en la actualidad

Federico Nicolás Pavlovsky¹

1. Médico especialista en psiquiatría. Fundador y Director de "Dispositivo Pavlovsky" para el tratamiento ambulatorio e intensivo de pacientes con consumos problemáticos.

Autor correspondiente: Federico Nicolás Pavlovsky, E-mail: fpavlovsky@gmail.com

Resumen

El alcoholismo representa uno de los grandes problemas de salud pública en la actualidad, razón por lo cual es fundamental desarrollar estrategias terapéuticas eficaces para el tratamiento de esta patología. Un fármaco que lleva más de seis décadas en el mercado, el disulfiram, ha sido indicado con dispar eficacia a lo largo de los años, y muchas veces utilizado en forma incorrecta (dosis altas, ausencia de consentimiento). No exento de efectos adversos potencialmente serios, encuentra una subpoblación en donde puede ser altamente eficaz y además es una herramienta útil por su bajo costo en muchos países en donde los demás fármacos (naltrexona y acamproxato) tienen valores no viables para muchos.

Palabras clave: Disulfiram - Dependencia alcohólica - Adherencia, tratamiento ambulatorio – Alcoholismo - Dependencia alcohólica - Tratamientos aversivos.

DISULFIRAM, HISTORY, CONTROVERSIES AND THEIR USE TODAY

Abstract

Alcoholism represents one of the great public health problems today, which is why it is essential to develop effective therapeutic strategies for the treatment of this pathology. A drug that has been on the market for more than six decades, disulfiram, has been indicated with uneven efficacy over the years, and often used incorrectly (high doses, lack of consent). Not free of potentially serious adverse effects, it finds a subpopulation where it can be highly effective and is also a useful tool because of its low cost in many countries where the other drugs (naltrexone and acamproxate) have non-viable values for many.

Keywords: Disulfiram - Alcohol dependence - Adherence to outpatient treatment - Alcoholism - Aversive treatments.

Introducción¹

La dependencia al alcohol es un trastorno frecuente, crónico y recidivante. La relación entre humanidad y alcohol, con sus efectos psicoactivos, de ansiólisis, inspiración y desinhibición, es sin dudas un vínculo complejo y que data de al menos 9000 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 4% de la carga mundial de enfermedad está relacionada con el alcohol y es una de las cinco causas de muerte evitables. El alcoholismo es considerado una enfermedad por diferentes organismos como la OMS, la Asociación Británica de Medicina, el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) y la Asociación Americana de Medicina. Esta última define el alcoholismo como: "Una enfermedad primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es a menudo progresiva y se caracteriza por falta de control sobre la bebida, consumo de alcohol a pesar de sus consecuencias, distorsión en el pensamiento, particularmente un estado psicológico de negación. Cada uno de esos síntomas puede ser continuo o periódico". A pesar del conocimiento de los efectos del alcohol desde hace miles de años, no fue hasta el siglo XIX cuando Magnus Huss en 1849 definió claramente la enfermedad: "un conjunto de alteraciones digestivas, neurológicas, mentales y cardiológicas que aparecen ligadas al consumo de aguardientes de alta graduación" (1). El consumo de riesgo es el consumo en personas con contraindicación para el mismo (jóvenes, mujeres gestantes, epilépticos, personas con hepatopatías, etc.) o el consumo superior a 28 unidades de bebida estándar (UBE) por semana en varones, 16 en mujeres o más de 5 en una sola ocasión. Pese a la dimensión epidemiológica a nivel mundial, el uso de medicamentos específicos para el abordaje de la dependencia al alcohol es una herramienta ampliamente subutilizada (2); una situación bastante similar al porcentaje de indicación de terapias de reemplazo de nicotina, en el caso de los pacientes fumadores. Las dos causas más importantes de muerte prematura no contagiosa en la población mundial, el alcohol y la nicotina, tienen la particularidad de ser adicciones legales, para las cuales disponemos de esquemas farmacológicos aprobados para el tratamiento, pero que son subutilizados por la comunidad médica. El consumo de alcohol incrementa la mortalidad en hombres y mujeres, con una reducción del 5 al 10% en años de vida. La evolución natural de la dependencia refleja que, sin tratamiento, el 70% de los pacientes continúan bebiendo a los doce meses. El uso compulsivo y crónico de alcohol es una causa directa y documentada de patología médica (3).

La OMS estima que la dependencia al alcohol tiene una prevalencia mundial del 3.4% y solo un porcentaje menor de aquellas personas con una dependencia (severa) son las que buscan ayuda. Los pacientes con dependencias leves a moderadas, además de no consultar,

tienen algunas características en común: una baja comorbilidad psiquiátrica, menor cantidad de problemas sociales, tasas de abandono de tratamiento altas (50% a las pocas semanas) y una mortalidad menor que los casos severos (aunque el doble de la población general) (4). Muchos pacientes necesitan varios y diversos tratamientos antes de lograr consolidar una abstinencia sólida y existe consenso que no existe un único tratamiento superior en eficacia para todos los pacientes, incluso estudios genéticos están tratando de trazar perfiles de pacientes alcohólicos que pueden responder a ciertos fármacos y no a otros (5). Teniendo en cuenta el aspecto crónico de la dependencia, los estudios actuales no solo toman la abstinencia como punto final sino también que el paciente abandone un patrón de uso riesgoso de la sustancia (*heavy drinking*) (6). El DSM-5 clasifica a la dependencia al alcohol en tres subtipos: leve, moderada o severa, según los síntomas que se presenten. Los agentes farmacológicos disulfiram, naltrexona (oral e inyectable), y el acamprosato, representan herramientas específicas utilizadas en la mayoría de los países occidentales, para el tratamiento de pacientes con dependencia al alcohol, ya sea en *settings* de atención primaria o en programas de internación especializados en adicciones. En la actualidad la dependencia al alcohol es percibida bajo la óptica de un modelo de enfermedad crónica, como la hipertensión, la diabetes o el asma, lo que obliga a plantear tratamientos a largo plazo y ser cautos en las expectativas de "éxito" o "fracaso", ya que se pueden producir variaciones en el consumo, y recaídas.

Los fármacos empleados en la dependencia alcohólica

La tasa de recaída para los pacientes con dependencia alcohólica que han logrado estar en un periodo de abstinencia es del 60% a los seis meses, por lo que se hace necesario investigar aquellas variables que pueden mejorar la evolución. Asimismo, la permanencia de un paciente en el tratamiento es otro gran desafío, con reportes de abandono de entre el 50 y el 70% antes de la cuarta consulta. El periodo de permanencia de un paciente en tratamiento, es uno de los factores más importantes en la evolución y esta variable está relacionada no solo con aspectos intrínsecos y extrínsecos del paciente (severidad de la dependencia, mayor edad del paciente y alta frecuencia de consumo) sino también con la calidad y eficacia del dispositivo terapéutico. Es sabido en medicina que las tasas de retención en el tratamiento son más altas para enfermedades con una evolución aguda que para problemas crónicos como el alcoholismo. Solo un porcentaje menor de las personas con dependencia al alcohol reciben tratamiento, lo que puede asociarse al estigma relacionado con el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), la ilusión de control del problema, la falta de comprensión respecto a que es un trastorno que puede recibir tratamiento, la falta de conocimiento de la

¹ Este artículo está basado en la tesis presentada por el autor, en 2019 como trabajo final del Master "Prevención y tratamiento de las conductas adictivas" organizado por la Universitat de Barcelona, España.

repercusión en la salud del consumo excesivo, el temor a ser etiquetado como “alcohólico”, la exigencia de un proyecto de abstinencia para “toda la vida”, los estereotipos culturales en relación al alcoholismo, la poca disponibilidad de tratamientos ambulatorios y accesibles, la falta de familiaridad de los equipos de salud con los programas de adicciones y el escaso manejo de medicamentos específicos para el alcoholismo (7). Pese a existir fármacos aprobados por la FDA, solo el 10% de los pacientes con dependencia al alcohol están medicados con estos fármacos (8). Si bien hay fármacos aprobados, y muchos otros se usan *off label* (baclofen, ondansetron, ISRS, topiramato, gabapentin, etc.), los fármacos tienen un alto costo (particularmente el acamprosatato y la naltrexona) que impide utilizarlos en la etapa de mantenimiento. Los tratamientos de tipo aversivo (terapia electroconvulsiva, administración de succinilcolina y drogas como la emetina) tienen una larga historia, y fueron utilizados en algunos centros de tratamiento con escaso éxito durante décadas frente al “flagelo” del alcohol, y siendo en ocasiones remedios peores que la enfermedad. Las drogas aversivas más conocidas son el disulfiram y la cianamida cálcica, dos drogas de origen industrial que mostraron sus efectos de toxicidad con el alcohol en forma accidental y fueron incorporadas a la farmacopea en forma entusiasta, en la misma época que nacía la psicofarmacología moderna. Otros fármacos como las sulfonilureas hipoglucemiantes, ciertas cefalosporinas o el metronidazol también pueden actuar como interdictores del alcohol, y en algún caso se ha intentado usarlos en el tratamiento del alcoholismo. La cianamida cálcica, un fertilizante, fue introducido en el mercado en el año 1956 y su uso está restringido en varios países por la posibilidad de generar hipotiroidismo. Realiza una inhibición de la enzima ALDH (aldehído deshidrogenasa) en forma reversible, por lo que su administración debe ser cada 12 hs, una diferencia importante en relación al disulfiram, cuyo efecto es irreversible y se puede administrar diariamente o incluso en días intercalados (9). El disulfiram, sintetizado en 1881, fue inicialmente utilizado en el siglo XVIII para acelerar la producción del caucho. A partir de 1910 comenzaron a reportarse casos en trabajadores de esa industria, que experimentaban síntomas desagradables cuando ingerían alcohol luego del trabajo. En 1930 fue utilizado por primera vez con fines médicos, como agente para tratar la escabiosis, la psoriasis, la alergia al níquel y la hipertensión. En 1937 el médico E. E. Williams describió sus efectos tóxicos en trabajadores cuando ingerían alcohol y propuso utilizarlo como un método posible para tratar el alcoholismo por su capacidad aversiva. En su artículo original señaló: *“Ellos no podían ingerir alcohol de ninguna forma, incluso la cerveza causaba un enrojecimiento del rostro y manos, con pulso rápido, aumento de presión arterial [...] se volvieron involuntariamente abstinentes a la bebida”* (10). En 1945 dos médicos daneses, Hald y Jacobsen, que estudiaban el disulfiram como vermícida, descubrieron por *“serendipity”* el efecto tóxico del disulfiram, ya que tomaron vino luego de haber ingerido un comprimido de disulfiram

para estudiar su efecto en ellos mismos. Describieron así, el efecto que produjo en ellos mismos la interacción del disulfiram con el alcohol y caracterizaron por primera vez el síndrome clínico tóxico conocido en inglés como DER (*Disulfiram Etanol Reaction*). En 1948 fue introducido como un medicamento para el tratamiento del alcoholismo, con el nombre de *“Antabuse”* y en 1951 la FDA autorizó el uso del fármaco en los EE. UU. Inicialmente el fármaco era utilizado como una droga aversiva, en dosis altas de 2000 a 3000 mg/día, provocando serios efectos hepatotóxicos y cardíacos que culminaron en numerosas muertes, atribuidas a un metabolito del disulfiram, llamado dietilditiocarbamato (DDC) (12). En un comienzo los pacientes ingerían alcohol en forma supervisada y se los hacía experimentar la reacción tóxica, con el fin de producir miedo en el paciente y una respuesta condicionada, pero gradualmente ese tipo de intervención fue reemplazada por el empleo estratégico del medicamento para evitar la ingesta. Los test de intoxicación provocada para testear la intensidad de la reacción disulfirámica, actualmente no se realizan, carecen de sentido y provocan un temor justificado. Se ha virado, así, desde un paradigma de la respuesta condicionada negativa a uno de consentimiento informado, donde el paciente es educado respecto a los síntomas que podría experimentar si ingiere alcohol (se adjunta un modelo de información al paciente sobre disulfiram: ver Anexo 1) (13). Uno de los problemas de la administración de este fármaco es garantizar la toma en forma regular, por lo que impone un sistema de administración supervisado e incluso, recientemente, se han desarrollado sistemas de implante subcutáneo y/o intramuscular (tabletas de 100 mg cada una), para producir una liberación constante en el organismo (14). En la década de 1990 se lanzaron al mercado dos fármacos: naltrexona y acamprosatato, que desplazaron al disulfiram del escenario protagónico y además se desprestigió y estigmatizó el uso del fármaco, como una herramienta “medieval”, que debía dar paso a las “nuevas moléculas modernas”. El disulfiram no es solo el más longevo de los fármacos utilizados en la dependencia alcohólica, sino el más controversial. La efectividad del disulfiram se relaciona no solo con variables farmacológicas sino, y particularmente, con algunas características reforzantes relacionadas con su indicación: el simbolismo de entregar el “control”, la reacción aversiva, el involucramiento de terceros en la propuesta terapéutica y la eliminación de la carga que impone un pensamiento rumiativo agotador constante acerca de la decisión de tomar o no alcohol (15). Respecto a la indicación del disulfiram es tan notable como algunos pacientes la aceptan, como también la negativa de otros, lo que muchas veces refleja altos niveles de ambivalencia respecto a un camino de sobriedad, al menos a corto plazo. El disulfiram es un fármaco con más de seis décadas de experiencia, provoca un estado específico de intoxicación si se ingiere alcohol (por inhibir en forma irreversible la enzima aldehído deshidrogenasa) debido a la acumulación de acetaldehído, de cinco a diez veces su valor basal. El acetaldehído, es uno de los causantes

principales del sentimiento de “resaca”, que experimentan los bebedores de alcohol y también tendría un rol en la génesis de procesos oncológicos en pacientes bebedores crónicos. Los pacientes deben tener conocimiento de que en el caso que decidan interrumpir el disulfiram, el efecto DER puede producirse entre una semana a dos más, ya que la inhibición de la ALDH es irreversible y que además los aumentos de acetaldehído pueden ser potencialmente cancerígenos (16). Esto es particularmente importante en los pacientes que abandonan el tratamiento, muchos de los cuales retoman su ingesta de alcohol a corto plazo.

Teniendo en cuenta el deterioro neuropsicológico que produce el consumo crónico de alcohol (afectación de memoria y funciones ejecutivas predominantemente), es necesario realizar una evaluación exhaustiva de esta variable a la hora de postular el uso de disulfiram, ya que el paciente necesita discernir con claridad las implicancias de ingerir este medicamento y como debe actuar en caso de intoxicación (17). Después de haber recibido el duro adjetivo de medicamento “obsoleto”, en los últimos años hay algunas razones que han reinstalado al disulfiram en la escena: 1) no existe un fármaco con una eficacia notablemente superior, 2) es un fármaco que ha

mostrado eficacia como tratamiento adjunto a la dependencia de cocaína, 3) en recientes estudios, el disulfiram ha mostrado niveles de eficacia superiores a la naltrexona y el acamprosato, 4) es un fármaco con propiedades oncológicas actualmente investigadas. Desde fines de la década de 1970 existen investigaciones y reportes de ciertos posibles efectos antitumorales del disulfiram (cáncer de colon, mama, hígado, riñón, etc.), lo que estaría asociado con algunos mecanismos: inhibición del factor nuclear kappa B, capacidad de inducir apoptosis de células cancerígenas en tumores de mama e inhibición del factor NPL4 y de la enzima PHGDH (18, 19). Frecuentemente, los pacientes refieren dos razones para elegir el disulfiram: su bajo costo y la posibilidad de conseguir una abstinencia a corto plazo, lo que puede ser vital para pacientes con complicaciones médicas serias asociadas al alcoholismo, así como también para aquellos que enfrentan problemas legales y laborales, donde una nueva recaída puede tener consecuencias serias (20). Algunas variables se asocian a un peor pronóstico a la respuesta al disulfiram: género femenino, más de dos décadas de dependencia, bajo nivel socioeconómico, aislamiento, policonsumo y marcadores bioquímicos de injuria hepática como la GGT (21).

Drogas aprobadas para el tratamiento de dependencia alcohólica: mecanismos de acción, uso clínico y dosis

Disulfiram

Es un inhibidor de la enzima aldehído deshidrogenasa

Medicamento disuasorio para ser utilizado en pacientes altamente motivados en mantener la abstinencia

Debe ser usado con supervisión familiar o del equipo terapéutico

Debe ser evitado en pacientes con enfermedad hepática severa, cardíaca o neurológica

Dosis 250 a 500 mg/día

Acamprosato

Es un antagonista del receptor glutamatérgico N-metil-D-aspartato

Es un medicamento anti craving

Se asocia a una reducción en la frecuencia y cantidad de consumo

Debe ser evitado en pacientes con severa perturbación renal

Dosis de 1,3 a 2 gr/día

Naltrexona

Es un antagonista del receptor opiode Mu y Kappa

Es un medicamento anti craving

Se asocia a una reducción de la frecuencia y cantidad de consumo

Debe ser evitado en paciente con enfermedad hepática severa

Dosis diaria 50 a 100 mg/día

La enzima ALDH como target

La metabolización del alcohol tiene dos fases. En la primera, el etanol se transforma en acetaldehído por la enzima alcohol deshidrogenasa, mientras que en la segunda fase la enzima aldehído deshidrogenasa transforma el acetaldehído en acetato. Los llamados fármacos aversivos, como el disulfiram, bloquean la segunda fase provocando una acumulación de acetaldehído, que produce el cuadro de intoxicación. La actividad de la enzima ALDH (que es inhibida en forma irreversible por el disulfiram) es un reconocido marcador tumoral de células *stem cells* de distintos tipos de cánceres: mama, pulmón y próstata, y estaría relacionada con la resistencia de esos tumores malignos a la radiación y al cisplatino (22).

Actualmente más que un aversivo en términos estrictos, se considera al disulfiram un “aversivo psicológico”, lo que le otorga un sello distintivo en relación a otras medidas farmacológicas utilizadas en el campo de las adicciones. Contrariamente a los que muchos pacientes y profesionales creen, el objetivo de la administración del disulfiram es evitar la reacción tóxica con alcohol, por lo cual se ubica en las antípodas de la aversión, sino más bien estimula un modelo de comportamiento alternativo a la toma de alcohol y fortalece la decisión del paciente de mantenerse en sobriedad. El paciente es informado y está alerta de los efectos tóxicos que se desarrollan en el caso de ingerir alcohol. Se han descrito una serie de mecanismos psicológicos involucrados: 1) disuasión, 2) autosugestión, 3) ritual terapéutico relacionado con la administración, 4) reactualización cotidiana de la decisión de estar en abstinencia, 5) refuerzo positivo del estado de sobriedad en forma cotidiana, 6) favorecer retención en tratamiento y 7) prevención de recaídas. El aumento de dopamina en el circuito mesolímbico también se asocia al desencadenamiento de cuadros psicóticos e hipomaniacos. Está descrito el desencadenamiento de episodios afectivos tanto con la administración como con la discontinuación (23). En estos casos la utilización de otro aversivo, la cianamida cálcica, un inhibidor de la ALDH, pero reversible, con un efecto menor de intoxi-

cación y la ausencia de inhibición de la enzima DBH, podría ser una alternativa (24). Algunos factores de riesgo para la presentación de síntomas psicóticos son: antecedentes familiares de psicosis, daño hepático, uso de psicoestimulantes, edad avanzada, aumento abrupto de dosis y dosificación mayor a la recomendada en la posología (25). Esta aversión toxicológica se relaciona con su eficacia, pero al mismo tiempo puede ocasionar serios problemas médicos (26). Algunos autores como Brewert y Streel (27) refieren que la toma de disulfiram se asemeja a un acto de exposición y prevención de respuesta, en la medida que el paciente adquiere de forma voluntaria una intolerancia al alcohol y esto favorece la abstinencia en la vida diaria del paciente, de forma complementaria a los encuentros terapéuticos con el profesional tratante. Una particularidad del disulfiram, es que aquel paciente que acepta la administración del mismo, vira entre un estado de inquietud a un estado de alivio por no tener la “opción” de beber. Solamente la escucha atenta y desprejuiciada de un paciente con alcoholismo, permite detectar hasta qué punto los pensamientos intrusivos del acto de tomar mortifican la vida del paciente. Existe consenso que la eficacia del disulfiram, más allá del mecanismo farmacológico (inhibición de la enzima aldehído deshidrogenasa), el perfil de efectos adversos o la dosis, se relaciona con el *setting* en el cual se administra y la motivación del paciente para mantenerse en abstinencia (28).

Efectos adversos y contraindicaciones

El medicamento con una dosis menor a 500 mg/día suele tener efectos adversos leves como cefalea, aliento a ajo, cansancio, hipotensión ortostática, hipertensión, potencial agravamiento de enfermedades dermatológicas, aumento del colesterol. Es necesario poder diferenciar los síntomas propios de la abstinencia alcohólica a los inducidos por el disulfiram, porque puede llevar al clínico a plantear una innecesaria interrupción (29). En términos cardiovasculares se considera al disulfiram como un medicamento con poder aterogénico.

Contraindicaciones al uso de Disulfiram

Contraindicaciones	Efectos adversos
<p>Enfermedad psiquiátrica preexistente, historia de ACV, convulsiones epilépticas, úlcera activa, embarazo, deterioro cognitivo severo, etapa final de la hepatopatía, enfermedad severa cardiovascular, menos de 12 hs de la última ingesta de alcohol.</p>	<p>1. Leves: cansancio, sueño, cefalea, aliento a ajo y posibles disfunciones sexuales. 2. Severos: reacciones alérgicas cutáneas (más frecuentes en las primeras dos semanas), hepatotoxicidad (más frecuente en los primeros 60 días), cuadros neurológicos.</p>

Uno de los efectos adversos más graves, la hepatotoxicidad, está asociado a una reacción idiosincrática dosis independiente (1/30,000) y si bien puede darse entre los 16 a 120 días desde la prescripción, su pico de aparición es a los 60 días, con una clínica típica de hepatitis, por lo que el paciente debe estar advertido de estos síntomas para discontinuar inmediatamente y solicitar atención clínica. El paciente y su red familiar deben estar advertidos de algunos síntomas que están relacionados: ictericia, heces de color claro, dolor de estómago, cansancio, debilidad y fiebre. De los tres medicamentos aprobados para la dependencia alcohólica (disulfiram, naltrexona y acamprosato, solo este último puede ser utilizado en aquellos pacientes con daño hepático asociado al alcohol, ya que tanto el disulfiram como la naltrexona tienen potencial hepatotóxico (30). El paciente debe ser evaluado con hemograma y hepatograma quincenalmente los primeros dos meses y luego cada tres meses.

En los pacientes que desarrollan hepatotoxicidad, la cianamida cálcica, puede ser un interdictor alternativo (31).

Síntomas de la hepatopatía por Disulfiram

Cansancio
 Debilidad
 Náuseas
 Vómitos
 Pérdida de peso
 Ictericia
 Fiebre
 Coluria
 Hipocólia

Los efectos adversos neurológicos ocurren en un 20% de los casos y estarían asociados a la acumulación de acetaldehído y metabolitos como el carbón disulfido (32). Está descrita una neuropatía periférica desencadenada por el disulfiram (y no asociada en forma directa al alcohol), en dosis mayores a 250 mg/día, y posiblemente asociada a una desmielinización de naturaleza dosis dependiente. También existen casos descriptos de neuritis óptica bilateral con escotoma central, reversibles ante la interrupción del fármaco (33). Es importante alertar a los pacientes que deben consultar a un clínico si advierten alteraciones en su motricidad y/o sensibilidad, así como perturbaciones en su visión (34).

Los efectos adversos graves, muchos de ellos excepcionales con las dosis utilizadas en la actualidad, y comunicados en reportes de casos, son delirium, infarto, psicosis, episodios maníacos, encefalopatía y convulsiones. Se estima que la encefalopatía reversible puede

presentarse en el 2% de los pacientes y se caracteriza por presentar como síntomas de inicio confusión, desorientación, delirios persecutorios, a los que se pueden agregar alteraciones del equilibrio y del funcionamiento motor (35, 36).

Existe evidencia de que el fármaco produce alteraciones en el EEG, en particular enlentecimiento (37). El cuadro suele resolver entre tres días a dos semanas luego de la interrupción del disulfiram. Aquellas poblaciones con déficit parcial en la enzima ALDH (ALDH2*2), como tiene el 36% de la población asiática, experimentan una protección genética frente a la posibilidad de experimentar una dependencia al alcohol, en la medida que experimentan efectos indeseables en contacto con el mismo. Las cifras de prevalencia de dependencia y abuso de alcohol en estas poblaciones son del 5%, la mitad de la prevalencia occidental. Existen reportes excepcionales de decesos asociados al disulfiram, que se estarían relacionados por la acumulación masiva de acetaldehído y otros metabolitos como el carbón disulfido, aunque los hallazgos de la anatomía patológica son inespecíficos (38).

Skyner plantea que la tasa de efectos adversos del disulfiram en las dosis actuales no es mayor que el control y que en tal caso la toxicidad del alcohol es inmensamente superior en la lectura longitudinal (39). Una buena estrategia para afrontar los efectos adversos (EA) del disulfiram es: 1) utilizar dosis bajas diarias (en promedio 250 mg/día), 2) educar a los pacientes del perfil de EA que pueden experimentar y 3) integrar a la medicación en el seno de un tratamiento intensivo biopsicosocial, que permita monitorear al paciente. Existen hierbas medicinales como el "Kudzu" (*puerperia lobata*), utilizados desde hace cientos de años en regiones de Asia (y China en particular), que también son inhibidores naturales de la enzima ALDH y provocan un aumento del metabolito intermedio y existen reportes de su utilidad tanto en la etapa de intoxicación como para disminuir el *craving*. Sin embargo, tanto el uso de disulfiram, como de los demás fármacos aprobados en occidente, no están disponibles en China, donde el porcentaje de personas con alcoholismo que recibe tratamiento específico es oscila entre el 2 a 4% (40). El disulfiram plantea algunas interacciones a considerar (41): 1) disminuye el metabolismo de benzodiazepinas, opioides (como el fentanilo) y de anticoagulantes, 2) puede producir cuadros confusionales en el caso de pacientes medicados con antidepresivos tricíclicos, 3) potencia la acción depresora central de otras drogas y 4) potencia la toxicidad de drogas como la isoniazida o el metronidazol.

El disulfiram está contraindicado en mujeres embarazadas, pacientes con afecciones cardíacas o cerebrovasculares (donde el paciente no puede comprender los signos de alarma de la medicación), lactancia, uso de alcohol < 12 hs, pacientes con afectación hepática en etapa terminal, deterioro cognitivo severo, cuadro psiquiátrico agudo y daño renal (42, 43).

En términos de su interacción específica con el alcohol, existen distintos mecanismos descriptos que podrían explicar la reacción tóxica con el alcohol: 1) inhi-

bición de la enzima aldehído deshidrogenasa (I y II), 2) el metabolito carbón disulfido, 3) inhibición de la enzima dopamina beta hidroxilasa. El denominado efecto "Antabus" o ADR (*Alcohol Disulfiram Reaction*) se caracteriza por un estado de intoxicación que ocurre entre los 5 a 15 minutos luego de la ingesta, en aquel paciente que ha ingerido disulfiram entre 3 a 12 horas antes. La reacción tóxica puede aparecer hasta 14 días desde la última toma. Tanto la duración como la intensidad se relacionan con la cantidad de alcohol y la dosis del disulfiram recibida. A los pocos días de uso del disulfiram, ya se encuentra una disminución del nivel de la enzima ALDH de un 50%.

La acumulación de acetaldehído (vasodilatador) en su expresión leve a moderada provoca enrojecimiento de la piel del rostro, con progresión al pecho y extremidades, taquicardia, hipotensión, náuseas, disnea, sudoración, hipotensión, palpitaciones, cefalea, mareos y un estado de somnolencia, que suele mejorar luego del sueño. La reacción habitualmente dura aproximadamente treinta minutos y es autolimitada, pero se puede extender por horas y no existe tolerancia para el efecto tóxico. La mayor gravedad en estas reacciones reside en los fenómenos cardiovasculares, en la medida que aumenta la frecuencia cardíaca, disminuye la tensión arterial (posiblemente por disminución de noradrenalina sistémica debido a la inhibición de la DBH) y pueden producirse fallos en la conducción cardíaca, así como hay casos reportados de accidentes cerebrovasculares (44). En casos graves puede presentarse hipotensión refractaria, depresión respiratoria, bradicardia, arritmias e infarto miocárdico. Las dosis superiores a 1000 mg/día están más asociadas a decesos abruptos en estos pacientes y no se conoce la dosis mínima que puede provocarlo. La FDA recomienda una dosis de mantenimiento de 250 mg/día, con un rango que va entre los 125 mg/día y los 500 mg/día, dosis que suelen ser seguras y bien toleradas (45). No existe una droga antídoto para esta reacción. Hay que tener en cuenta que existe una variabilidad individual muy importante a la reacción, ya que algunos individuos no experimentan síntomas tóxicos con dosis altas y otros con una pequeña cantidad de alcohol desarrollan estados de intoxicación severos, por lo que es prioritario y central que los pacientes estén educados en los síntomas que pueden experimentar en presencia de cualquier cantidad de alcohol. Los estados de intoxicación graves deben ser asistidos en la emergencia clínica y se utilizan medidas de soporte vital.

Más allá de la reacción tóxica esperada, existen reportes de cuadros de intoxicación serios (isquemia miocárdica e hipotensión refractaria) e incluso mortales (46). El hecho que un paciente con alcoholismo acepte tomar un fármaco que puede intoxicarlo, quizá refleja el nivel de tensión psicológica que experimentan muchos pacientes, que se debaten en su fuero íntimo entre su necesidad imperiosa de consumir y su deseo de interrumpir su compulsión. Si bien el uso de una farmacoterapia específica puede colaborar a disminuir la sintomatología de la abstinencia, es decir, reducir el *craving* y los impul-

sos de consumo, la bibliografía da cuenta que solo un porcentaje menor de aquellos pacientes con diagnóstico de dependencia reciben alguno de los fármacos aprobados por la FDA (47).

Pese a la alarma que causaron algunas descripciones, se describen síntomas psiquiátricos con una prevalencia que puede ir desde el 2 al 20%, aunque la mayoría de los casos fueron reportados antes de 1970 y con dosis superiores a 1000 mg/día. Los reportes iniciales daban cuenta de cuadros "psicóticos" en un sentido inespecífico, desde el delirium hasta irrupciones psicóticas esquizofrenia simil(48) Sin embargo, en la actualidad, con las dosis recomendadas, se considera que tales cuadros son extremadamente raros. De todas formas el fármaco está contraindicado en pacientes con cuadros psicóticos o confusionales, que no estén aptos a comprender o recordar los signos de alarma que conlleva el disulfiram (49). En 1986 en uno de los estudios más citados y de mayor repercusión, Fuller comprobó una tasa de adherencia al disulfiram de apenas el 20% y en donde no se encontró una diferencia significativa entre los tres grupos (disulfiram 250 mg/día y 50 mg/día de rivo flavina, disulfiram 1 mg/día (ciego) y 50 mg/ día rivo flavina y no disulfiram y 50 mg de rivo flavina). En el grupo de los pacientes adherentes, se hallaron los porcentajes más altos de no ingesta de alcohol (50). Las razones más frecuentes para abandonar el disulfiram, no son los efectos adversos o el estado de intoxicación en presencia de alcohol, sino el deseo de volver a beber y, en segundo lugar, la percepción del paciente de sentirse lo suficientemente fuerte como para sostener la abstinencia sin el medicamento. La interrupción unilateral del disulfiram no es solo un tema de no adherencia a un fármaco, ya que expresa una razón más profunda: la decisión de volver a tomar alcohol. Esta decisión ofrece una oportunidad de intervención psicoterapéutica única para el equipo profesional, ya que permite trabajar con dos conceptos que hacen al núcleo del proceso adictivo: la prevención de recaídas y las distorsiones del paciente respecto a su capacidad de controlar la enfermedad (51). A comienzos de la década de 1950, en unos de los primeros trabajos publicados sobre el disulfiram un psiquiatra escribió: "...*hay muchas excusas para interrumpir el disulfiram, pero la razón más importante, es para comenzar a beber*" (52). Un axioma del campo de la psicoterapia de las adicciones es válido en general, pero en particular para el disulfiram: la supervisión cercana aumenta la adherencia y la posibilidad de una mejoría clínica (53). Asimismo, el hecho que el disulfiram sea una molécula "huérfana" en términos de patentes, puede ponerla en desventaja frente a la maquinaria publicitaria de los otros medicamentos (54). La terapia con disulfiram implica hacer una distinción entre dos términos que se usan habitualmente como sinónimos: la aversión y la disuasión. Mientras que el primero implica la exposición repetida a estímulos indeseables, en el segundo (propio de la terapéutica con este fármaco) el paciente no desea experimentar la reacción tóxica e intenta evitarla.

Condiciones de administración

Desde la década de 1970, existen autores que señalan que el disulfiram por sí solo no es una herramienta eficaz, a menos que se articule con condiciones precisas respecto a la indicación y se lo indique en el marco de un tratamiento más amplio. Con la toma del disulfiram diaria en forma supervisada, el paciente de alguna manera previene la respuesta automática frente a situaciones de riesgo y funciona como un “terapeuta de sí mismo” por fuera de la consulta. El abordaje de la etapa de desintoxicación no es recomendado para pacientes alcohólicos con ciertas características: historia de convulsiones, patología dual no estabilizada, policonsumo, uso diario y antecedente de empleo de altas dosis de benzodiacepinas. Los pacientes ambulatorios medicados con este fármaco, deben reunir algunas condiciones: diagnóstico de dependencia al alcohol (ICD 10), brindar consentimiento, abstinencia de al menos 48 hs, poseer una red de contención sólida y visitar al equipo profesional con frecuencia. Algunos puntos importantes a tener en cuenta son:

1) Sobre el paciente: están descritas como de “buena evolución” para ser medicado

con este fármaco: larga historia de consumo, mayor a 40 años, estabilidad social (en pareja, vivienda estable, empleo, ocupación regular), buena motivación (55) (aquí es clave una buena lectura del clínica del estadio del cambio en el que se encuentra), buen nivel cognitivo, capacidad de establecer una relación terapéutica estable con el profesional, asistencia a grupo de 12 pasos (AA) o similares, ausencia de síntomas psiquiátricos y capacidad para mantener una relación cercana con el equipo tratante, paciente con recaídas frecuentes pero que se mantiene en tratamiento, pacientes con abstinencia temprana sometidos a situaciones de estrés extremo, pacientes que solicitan la medicación (56). El paciente debe ser educado en los síntomas de la intoxicación que se desarrolla en presencia de alcohol, así como en evitar productos que contienen alcohol como enjuagues bucales, perfumes, vinagres, cosméticos, alcohol en gel y otros, así como en consultar si experimenta síntomas compatibles con efectos adversos (Ej.: hepatopatía).

2) Del profesional: para una buena prescripción del disulfiram deben seguirse algunos pasos: 1) seleccionar al paciente adecuado, 2) describir al paciente la reacción tóxica con el alcohol (DER), 3) explicarle los riesgos y beneficios de la medicación, 4) diseñar una estrategia de administración supervisada y de monitoreo (57), 5) responder las dudas habituales (a modo de ejemplo es muy habitual que los pacientes pregunten si afectara su vida sexual o si experimentarán el efecto DER en ausencia de alcohol).

3) Del programa terapéutico: asistencia regular (los reportes dan cuenta de visitas al equipo de salud dos o tres veces en la semana), supervisión y monitoreo cotidiano por parte del equipo. La frecuencia diaria, que puede ser óptima como forma de monitorear, es un recurso costoso para el paciente y el equipo profesional,

pero puede significar una bisagra en la vida del paciente. El sistema de los doce pasos, lo tiene claro, con una frase que se ha hecho popular: “90 días, 90 grupos”. El monitoreo y administración de la medicación puede ser por parte de la pareja a través de la realización de contratos que involucran a la red y han sido estudiados como abordajes exitosos en términos de aumentar la tasa de abstinencia a 90 días (58).

Respecto de la duración del tratamiento, existen programas de duración prolongada de administración monitoreada del disulfiram como el OLITA (*Outpatient Long Term Intensive Therapy for Alcoholics*) que mantienen una dosificación hasta los 24 meses, con un retiro gradual, en el marco de un programa terapéutico con visitas diarias en los primeros meses. Para algunos casos individuales, un tratamiento de mantenimiento en forma indefinida puede ser útil y no debe descartarse, sobre todo cuando un nuevo episodio de ingesta alcohólica podría poner en riesgo la vida del paciente.

Es importante señalar que muchos pacientes que no están sometidos a medidas coercitivas jurídicas, aceptan la toma de disulfiram y el régimen de monitoreo que trae aparejado.

Lejos de ser vivido como un castigo, para algunos pacientes, conseguir la sobriedad es más fácil cuando el protagonismo asignado a la decisión personal es menor y cuentan con un reaseguro, un control externo, para no beber (59).

Indicar el disulfiram sin monitoreo alguno, es tan poco eficaz como darlo con monitoreo si el fármaco no se enmarca en un proceso psicoterapéutico más amplio. Banys (1988) propone sostener la indicación por al menos seis meses y no detenerla, sin que antes el clínico se haga dos preguntas: 1) ¿está el paciente en abstinencia sólida?, 2) ¿el paciente ha desarrollado estructuras de soporte para su sobriedad? (60). Acerca del mínimo tiempo para sostener el disulfiram el trabajo de Neto et al (61) sostiene que un periodo de 120 días sería un plazo oportuno antes de discontinuar esta estrategia, así como señala que la visita al equipo de salud es central

Las condiciones óptimas para administrar el disulfiram implican ofrecer una frecuencia clínica alta de contactos, la supervisión de la toma del medicamento, control de laboratorio para evaluar consumo de alcohol, psicoterapia, participar en grupos de psicoterapia y/o autoayuda y seguimiento a largo plazo. La utilización del disulfiram también puede ser de utilidad en aquellas poblaciones de pacientes con dependencia al alcohol y opiáceos, que se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona o buprenorfina, lo cual puede ser clave, en la medida que la ingesta de alcohol en pacientes con dependencia a opiáceos representa una variable de interrupción del tratamiento (62). Asimismo, existe evidencia en modelos animales que la administración de disulfiram atenúa el síndrome de abstinencia a opiáceos, precipitado por la naloxona, aunque la fisiopatología de este hecho clínico no este aun definida claramente (63). Aunque los implantes de disulfiram resulta un método atractivo para asegurar su cumplimiento, no se ha de-

mostrado en las pruebas terapéuticas la biodisponibilidad del disulfiram después de su implantación

El disulfiram tiene una serie de limitaciones y contraindicaciones a la hora de ser indicado (64): no es aconsejable a pacientes que están poco motivados, en etapas pre-contemplativas de cambio (Modelo de Cambio de Proschaska y Di Clemente), embarazo, administración encubierta, pacientes con condiciones médicas serias donde la intoxicación podría resultar fatal (hipertensión, enfermedad cardiovascular) así como comorbilidad psiquiátrica (psicosis, trastornos de personalidad, riesgo de suicidio, psicosis) en donde el disulfiram sería un fármaco de segunda línea (65). El renombrado estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) reveló que cerca del 40% de las personas con dependencia alcohólica tenía un cuadro psiquiátrico comórbido, por lo que tal circunstancia debe ser considerada a la hora de indicar disulfiram.

La dosis recomendada oscila entre 250 a 500 mg/día, que puede empezarse con al menos 24 hs. de ausencia de contacto con el alcohol. En relación a los abordajes farmacológicos de la dependencia, puede ser útil definir subgrupos de pacientes (ya sea por clasificaciones clínicas: Jenillek, Cloninger, etc. o genéticas: presencia de ciertos polimorfismos) que podrían beneficiarse con un fármaco en particular (66).

En uno de los más recientes estudios de revisión Kranzler (29) señala que, siguiendo las recomendaciones de la FDA, la naltrexona está indicada para disminuir los episodios de consumo, el acamprosato para mantener la abstinencia y el disulfiram, bajo supervisión, para fortalecer la adherencia. Seguramente, esta característica del disulfiram de potenciar la adherencia terapéutica, le otorgue un sello cualitativo, que no comparte con muchos más medicamentos. Quizá la clozapina y el litio, en otras áreas de la psiquiatría, que obligan al paciente a asistir al centro médico con frecuencia, tengan algún parecido. Algo así como una categoría selecta y reducida de psicofármacos que colaboran en fortalecer la adherencia del paciente. Actualmente se utilizan “fuera de indicación” una variedad de medicamentos como topiramato, baclofeno, nalmefeno, ondansetron y gabapentin (67). Si es válido para cualquier esquema psicofarmacológico en psiquiatría, para el disulfiram es particularmente notable el hecho de que la administración de la medicación con supervisión, en el marco de la psicoterapia y con un seguimiento profesional de alta frecuencia (tres o más veces en la semana) alcanza niveles de eficacia mayores que la administración del fármaco en forma aislada (68, 69). El estudio de Jorgensen (69) encontró una superioridad del disulfiram frente al placebo, no tratamiento y otros tratamientos farmacológicos, pero tal superioridad es contexto dependiente y está relacionada con variables asociadas al monitoreo del paciente y a la motivación (70). La terapia con disulfiram se puede inscribir en un ejemplo de abordajes biopsicosociales, en donde las herramientas psicoterapéuticas y de contención, potencian los recursos farmacológicos y las chances de sostener la abstinencia. La toma de disulfiram,

no solo permite evitar recaídas a través de la evitación de los efectos indeseables, sino que también permite al paciente sostener una abstinencia, adquirir herramientas y aprovechar cualitativamente la psicoterapia. Un efecto psicológico notable de esta droga es eliminar o disminuir el penoso y desgastante conflicto interno que experimentan muchos pacientes entre consumir versus no consumir (71). Un ejemplo de la repercusión de una buena red de cuidado y contención es el hecho de que los pacientes que se encuentran en una experiencia terapéutica recaen con menor frecuencia y de una forma más acotada que aquellos que no reciben ningún tipo de contención. El seguimiento cercano que requiere la administración del disulfiram, produce un efecto en el paciente más allá del fármaco y confirma que la existencia de estructuras de soporte y monitoreo mejoran las prescripciones farmacológicas. Ésta y todas, lo que obliga a replantear la figura del psiquiatra “prescriptor de medicación”, que ve escasos minutos al paciente y asiste al paciente en forma mensual (en el mejor de los casos) Una relación terapéutica cercana aumenta la motivación del paciente para el cambio y fortalece la adherencia, una de las variables más importantes a largo plazo en la evolución de una adicción. El disulfiram es una herramienta que puede ser útil en el marco de estrategias de manejo de contingencias, en particular en pacientes con problemas legales, donde la ingesta de alcohol podría implicar posibles comportamientos ilícitos.

Otros trabajos relevantes publicados

Entre el año 1979 y el 2010 se publicaron 11 estudios randomizados y controlados (RC), donde se comparó al disulfiram con el placebo, la ausencia de tratamiento y los fármacos naltrexona y acamprosato. Estos estudios RC se caracterizaron por muestras escasas, heterogéneas y un seguimiento de tiempo entre dos y doce meses. En seis estudios se encontró una eficacia significativa del disulfiram y en cinco de ellos la administración del fármaco fue en forma supervisada. Los más de sesenta años de experiencia del disulfiram, no se han correlacionado con un número coherente y esperable de estudios sobre este medicamento. Todo lo contrario, el disulfiram, pese a ser un fármaco de fácil administración y bajo costo económico, se ha convertido en un fármaco con “mala reputación”, lo cual ha sido potenciado por el marketing de los más recientes lanzamientos como la naltrexona o el acamprosato.

En uno de las últimas revisiones publicados que analizó las principales publicaciones entre 2017 y 2019 (72) se puede observar cómo tanto en la categoría de los estudios randomizados y controlados (trece) como en el de revisiones (once), el disulfiram no es objeto de estudio ni investigación (72). En un estudio realizado en una población de pacientes duales, veteranos de guerra, se describió cómo el 70% de los mismos fue medicado con psicofármacos, pero solo el 10% con medicamentos específicos para su dependencia al alcohol (y por menor lapso que el recomendado), lo que refleja una brecha

gap, que quizá esté relacionada con la influencia de la industria farmacéutica en los hábitos prescriptivos (73). Las cifras son concordantes con otros estudios en poblaciones con pacientes con dependencia al alcohol en los EE.UU. (74), en donde se encuentran promedios de indicación de fármacos específicos cercanos al 9%, en contrapunto con cifras del 70% en relación a la prescripción de psicofármacos en la misma población, cifras muy distintas a los reportes suecos que rondan el 50% y que podrían estar justificados en dos sistemas de salud muy diferentes, donde el estado absorbe el costo económico de estos fármacos. Algunos investigadores sostienen que los estudios de eficacia deben ser más complejos y específicos para esta droga, donde no suelen alcanzar los estudios placebo-controlado y ciegos.

Skyner (75) en un reciente meta análisis que incluyó 23 estudios, encontró una eficacia del disulfiram para disminuir la recaída mayor que la naltrexona y el acamprosato, pero estos resultados solo se dieron en aquellos pacientes que fueron informados que estaban tomando la droga (*estudios abiertos*), lo cual anula el elemento ciego del estudio. De hecho, las pruebas ciegas (*estudios doble ciego randomizados y controlados*) tienden a afirmar que el disulfiram no es efectivo, lo cual tiene una lógica, ya que el disulfiram funciona como una disuasión para la conducta de ingerir alcohol, solo en aquellos pacientes que saben que están siendo medicados. Algunos autores señalan que los estudios ciegos no son eficaces para estudiar la eficacia de esta droga. Los efectos psicológicos del DSF van más allá de sus acciones farmacológicas, algunos de los cuales son: evitación del alcohol, autosugestión, rituales terapéuticos, un ejercicio de toma constante de la decisión de no beber, un refuerzo cotidiano a un estilo de vida sobrio y el desarrollo de nuevas habilidades (76).

Las críticas y objeciones que los investigadores han realizado a la indicación de disulfiram, en forma resumida son: 1) considerar a esta medicación como un castigo, 2) en oposición al resto de las drogas psicofarmacológicas, se considera que su uso es eficaz cuando no produce efecto farmacológico.

En la mayoría de los programas de alcoholismo, el disulfiram se ofrece como un recurso marginal y en forma no supervisada. Los estudios de laboratorio que es necesario realizar antes de medicar a un paciente y luego en forma regular son: hemograma, lipidograma, glucemia, electrolitos séricos, hepatograma, asimismo el paciente debe ser evaluado desde el punto de vista psiquiátrico (77). La indicación de fármacos específicos para la dependencia alcohólica tiene una serie de obstáculos: el precio de los medicamentos y las restricciones de tiempo de uso en algunos sistemas de cobertura. En el abanico de fármacos disponibles para disminuir la posibilidad de una recaída, el disulfiram por su capacidad de provocar importantes efectos adversos ocupa un lugar específico, reservado a pacientes motivados a conseguir la abstinencia, adecuadamente informados del efecto "Antabuse" y que cuentan con un monitoreo cotidiano (78). Si bien existen pocos estudios ranzomizados y controlados para

evaluar la eficacia (79, 80, 81) en todos se arribó a la misma conclusión: la tasa de abstinencia global al año no fue significativamente superior al placebo, aunque si se asoció a más días de abstinencia y retraso en la primera toma de alcohol (79, 80). En un estudio sueco (81) acerca de la adherencia y utilización de fármacos en alcoholismo, encontraron que aquellos pacientes con privación vincular y que viven en estados de aislamiento, son habitualmente menos proclives a tomar medicamentos para el tratamiento de su problemática, como también las mujeres, ancianos, personas con niveles de educación menor y extranjeros. Actualmente existe consenso que la toma diaria de disulfiram, de manera supervisada, tiene una eficacia en la evolución más favorable que la indicación sin monitoreo alguno. Una de las ventajas del disulfiram es el bajo costo en relación a las otras herramientas aprobadas por la FDA, incluso puede tener un costo mensual 1/30 en comparación con los nuevos medicamentos.

Costo aproximado de medicamentos disponibles en US\$

Medicamento	Costo aproximado por mes (\$)
Disulfiram (250-500 mg/día)	1,5 - 3
Acamprosato (333 mg), seis tabletas por día	20
Naltrexona (50 mg/día)	30

Thirthalli, Chand. 2009.

El disulfiram es un opción pragmática y accesible para aquellos pacientes motivados a conseguir y sostener un proyecto de abstinencia (82). En algunos países en vías de desarrollo como la India, el disulfiram es una estrategia de utilización frecuente y de allí provienen muchos de los estudios que la referencian no solo como una opción válida sino incluso superior a la naltrexona y el acamprosato (83). El estudio retrospectivo de Diehl, Ulmer et al (84) demostró una eficacia del disulfiram (supervisado) en el ámbito ambulatorio, superior al acamprosato. Los autores sostienen que más allá de las características farmacológicas, el monitoreo cercano del paciente y la alta frecuencia de visitas a los profesionales, podrían influir en una eficacia mayor y postulan que una historia de dependencia alcohólica prolongada sería una variable de buen pronóstico para el uso del disulfiram (84).

El disulfiram ha mostrado eficacia preliminar en reducir el *craving* y las recaídas en pacientes con dependencia a cocaína, lo que puede estar explicado por la inhibición que realiza este fármaco a la enzima dopamina beta hidroxilasa (DBH) que genera un aumento de dopamina (85). Otra explicación posible extraída de mi práctica personal, es que los pacientes que consumen este estimulan-

te muchas veces comienzan su episodio con la ingesta de alcohol como un facilitador. Otros autores señalan que utilizar el disulfiram en la adicción a la cocaína podría tener un efecto riesgoso en términos cardiovasculares, por el aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca (86). Estimulados sin duda por los alentadores resultados iniciales acerca del uso de disulfiram en la adicción a cocaína, un grupo de la Universidad de Yale propuso su utilización en la dependencia dual asociada a opiáceos en pacientes estabilizados con agonistas, aunque en los resultados no indicaron un aumento en relación al placebo (87). Los individuos portadores de un polimorfismo que determina una baja actividad de la enzima DBH (*carriers of 1021T allele*) son más susceptibles a algunos efectos adversos del disulfiram como la irrupción de cuadros psicóticos, incluso hay reportes de catatonía (88, 89, 90). Carroll (91) en un estudio doble ciego y placebo controlado estudio el efecto del disulfiram en una población de pacientes consumidores de cocaína, con y sin consumo de alcohol, concluyó que el disulfiram fue eficaz en reducir la frecuencia de consumo de cocaína en aquellos pacientes que consumían alcohol, así como también en aquellos que no. El mecanismo postulado en el artículo justamente hace referencia a la inhibición de la enzima DBH, que provoca un aumento de dopamina que podría disminuir el *craving*. Asimismo, la interacción disulfiram-cocaína, aumenta la vida media de la cocaína y su concentración en plasma, lo que produce un estado de intoxicación desagradable, efecto que podría ser semejante al efecto que el disulfiram produce en su interacción con el alcohol (92). Los estudios doble ciego son complejos con este fármaco, en la medida que el temor a sufrir una intoxicación, representan uno de los postulados psicológicos que facilitan la abstinencia.

Conclusiones

La mayor parte de las investigaciones sobre la aplicación de disulfiram muestran una cierta eficacia frente al placebo en el tratamiento de prevención de recaídas por medio de una aversión farmacológica (93). El disulfiram actúa como un disuasorio de la ingesta de alcohol y su eficacia aumenta cuando la toma esta supervisada y cuando existe un proceso de psicoterapia. Esta forma de tratamiento es a todas luces válida y efectiva para el subgrupo de personas alcohólicas con conciencia de enfermedad y motivación al cambio que precisa de una estructuración externa reforzadora de la decisión diaria de abstinencia. Los reportes bibliográficos aún son controversiales, quizá debido a la conjunción de múltiples variables: tasas bajas de adherencia, y dificultades o errores metodológicos para evaluar la eficacia. Los pacientes adecuados para recibir disulfiram deben reunir algunas condiciones: estar en abstinencia de alcohol, altamente motivados, brindar consentimiento, sin condiciones médicas o psiquiátricas que lo contraindiquen, comprender las vicisitudes inherentes a la toma de este fármaco y que exista la posibilidad de supervisión en la toma. La forma inyectable, de eficacia controversial, no parece ser la mejor manera de fortalecer la adherencia del paciente ni su compromiso con el cambio. El disulfiram resulta un medicamento que puede ser considerado de primera línea para aquellos pacientes con antecedentes de múltiples tratamientos fallidos y en donde una nueva ingesta de alcohol puede conllevar consecuencias dramáticas en la vida personal, en la salud o en relación con el sistema legal. Futuras investigaciones dirán si es un fármaco en "lenta agonía" (43) o se trata de una herramienta útil, subutilizada.

Anexo 1

Disulfiram: información elemental para el paciente

El paciente medicado con disulfiram, debe conocer algunos postulados básicos en relación a este fármaco.

- 1- La administración de disulfiram es una indicación aprobada por las principales instituciones que regulan la administración de fármacos en el mundo y la ANMAT en nuestro país para el tratamiento de la dependencia alcohólica. Es una alternativa válida para aquellas personas que desean mantener la abstinencia como objetivo terapéutico y que eligen el disulfiram, aun conociendo otras opciones también aprobadas por la comunidad científica como la naltrexona.
- 2- Es un tratamiento que requiere la aceptación del paciente y estar al menos con 72 hs. de abstinencia de alcohol. Es importante recordar que la denominada "cerveza sin alcohol" tiene un porcentaje de alcohol menor al 1%, pero tiene alcohol en su composición.
- 3- Implica algunas condiciones de administración: en el encuadre del programa de tratamiento del Dispositivo Pavlovsky, la medicación es administrada por un miembro del equipo, el paciente debe firmar que recibió e ingirió el fármaco y el paciente debe asistir a la propuesta terapéutica en forma diaria (AD).
- 4- Es necesario firmar un consentimiento informado.
- 5- El paciente debe ser tener claro que el contacto (incluso a través de la piel) y la ingesta de alcohol (en cualquiera de sus formas: geles, perfumes, enjuagues bucales, dulces con alcohol, otros digestivos con alcohol, loción para después de afeitarse, etc.) en interacción con el disulfiram, produce una reacción tóxica que involucra: enrojecimiento de la piel, disminución de la tensión arterial, palpitaciones, náuseas y vómitos, falta de aire, confusión, pudiendo ocasionar en algunos casos problemas neurológicos y cardíacos serios de acuerdo al grado de ingesta y la sensibilidad personal.
- 6- El paciente que ha ingerido alcohol y se encuentra medicado con disulfiram debe dar aviso en forma inmediata al sistema de emergencia médica público (107) o de su Obra Social o Prepaga.
- 7- El tratamiento con disulfiram, además del efecto tóxico en presencia de alcohol, puede tener efectos adversos que obligan a su interrupción inmediata. Algunos de ellos son: SIGNOS DE ALTERACIÓN HEPÁTICA (decaimiento, náuseas, dolor abdominal, color amarillento de piel y conjuntivas); SÍNTOMAS PSICÓTICOS (ideas delirantes persecutorias, alucinaciones); ALTERACIONES CARDÍACAS (infarto, cambios en el ECG, arritmias).
- 8- El paciente debe realizarse electrocardiograma y hepatograma de forma mensual
- 9- La finalidad de esta indicación es fortalecer la toma de decisión del paciente de no tomar contacto con el alcohol
- 10- Es necesario que la familia y el entorno del paciente estén informados de todos los puntos descriptos anteriormente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE DISULFIRAM

Buenos Aires,.....

Paciente

He leído en el adjunto: "**Disulfiram: información elemental para el paciente**" las indicaciones, efectos adversos y precauciones que debo tener en relación a la toma del fármaco "DISULFIRAM". Estoy de acuerdo con comenzar con el esquema de medicación, en el contexto de mi problemática de base por la que realizo tratamiento con el firmante. He realizado las preguntas que he considerado necesarias y las mismas fueron respondidas por el profesional.

Se me ha explicitado que debo registrar al menos 72 hs. de abstinencia de alcohol para comenzar el tratamiento, la necesidad de asistir en forma diaria al Dispositivo de tratamiento y la necesidad de realizar hepatograma y electrocardiograma en forma mensual.

Asimismo, se me explicó que en caso de síntomas compatibles con hepatitis (color amarillo de piel y conjuntivas, dolor abdominal, fiebre, etc.), cambios conductuales o dificultades cardíacas, debo suspender el fármaco y consultar a la guardia médica de inmediato.

Firma y aclaración del paciente

Firma y sello del profesional

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación con este artículo. ■

Referencias bibliográficas

- Llorens Martínez R. "Alcohol: Diagnóstico y Tratamiento". Asignatura 2, Unidad 4. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
- Naglich A, Lin A, Wakhlu S, Adinoff B. Systematic Review of Combined Pharmacotherapy for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Patients Without Comorbid Conditions. *CNS Drugs*, 2014, Vol 32: 13-31.
- Pascual Pastor. "Patología medica asociada al alcoholismo". Asignatura 2, Unidad 5. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas
- Elbreder M, Carvalho de Humerez D, Laranjeira R. The use of disulfiram for alcohol dependent patients and durations of outpatient's treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2010, Vol 260: 191-195.
- Mann K, Hermann D. Individualized treatment in alcohol dependent patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2010, Vol 260: 116-120.
- Litten R, Ryan M, Fertig J. Research Opportunities for Medications to Treat Alcohol Dependence: Addressing Stakeholders Needs. *Alcohol Clin Exp Res*, 2014, Vol 38: 27-32.
- Eldebrer MF, Souza e Silva R, Pillon SC, Laranjeira R. Alcohol Dependence: Analysis of Factors Associated with Retention in Outpatient Treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 2014, Vol 46: 74-76.
- Finn S, Bakshi A, Andreasson S. Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontreatment Seekers with Alcohol Dependence. *Substance Use & Misuse*, 2014, Vol 49: 762-769.
- Giron Garcia S. Interdictores en el tratamiento del alcoholismo. *Revista Española de Drogadependencias*, 2010, Vol 3: 11-37.
- Williams E. Effects of alcohol on workers with carbon disulfide. *JAMA*, 1937, Vol109: 1472-3.
- Llorens Martínez R. "Alcohol: Diagnóstico y Tratamiento". Asignatura 2, Unidad 4. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
- Ellis, p, Dronsfield A. Antabuses diamond anniversary: Still sparkling on? *Drug and Alcohol Review*, 2013, Vol 32: 342-344.
- Wright C, Moore R. Disulfiram Treatment of Alcoholism. *American Journal of Medicine*, 2016, Vol 88: 647-655.
- Sezgin B, Sibar S, Bulam H, Findikcioglu K, Tuncer S, Dogan B. Disulfiram Implantation for the Treatment of Alcoholism: Clinical Experiences from the Plastic Surgeon's Point of View. *Archives of Plastic Surgery*, 1979, Vol 41: 571-575.
- Howes Newton G, Levack WM, McBride S, Gilmor M. Non-physiological mechanisms influencing disulfiram treatment of alcohol use disorder: A grounded theory study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2016, Vol 16: 126-131.
- Liang J, Olsen R, 2014. Alcohol use disorders and current pharmacological therapies: the role of GABA A receptors. *Acta Pharmacologica Sinica*, Vol 35: 981-993
- Espert R, Chirivella J, Gadea M. "Neuropsicología del alcoholismo". Asignatura 3, Unidad 3. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
- Spillier Q, Vertommen D, Ravez S, Marteau R, Thermans Q, Corbet C, Feron O. Anti-alcohol abuse drug disulfiram inhibits human PHGDH via disruption of its active tetrameric form through a specific cysteine oxidation. *Scientific Report*, 1979, Vol 9: 1-9.
- Haley T. "Disulfiram: A Reappraisal of its Toxicity and Therapeutic Application. *Drug Metabolism Reviews*, 1979, Vol: 319-335.
- Eldebrer MF, Souza e Silva R, Pillon SC, Laranjeira R. Alcohol Dependence: Analysis of Factors Associated with Retention in Outpatient Treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 2011, Vol 46: 74-76.
- Aguiar P, Neto D, Lambaz R and Ferrinho P. Prognostic Factors During Outpatients Treatments for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatments Follow up. *Alcohol and Alcoholism* 2012, Vol 47: 701-710.
- Yang Z, Guo F, Albers A, Sehouli J. Disulfiram modulates ROS accumulation and overcomes synergistically cisplatin resistance in breast cancer cell lines. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 2017, Vol 113: 1-9.
- Nunes E, Quitkin F. Disulfiram and Bipolar Affective Disorder. Letter to the Editor. *J Clin Psychopharmacol*, 2017, Vol 7:284.
- Jimenez Martis J, Murcia S, Munios Llacer et al. Episodio hipomaniaco desencadenado por disulfiram en tratamiento de alcoholismo. 2016, *Psiquiatria Biol*, article in Press.
- Mohapatra S, Ranjan Rath N. Disulfiram Induce Psychosis Case Report. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 2017, Vol 15: 68-69.
- Mutschler J, Grosshans M, Soyka, Rosner S. Current Findings and Mechanisms of Action of Disulfiram, in the Treatment Alcohol Dependence, *Pharmacopsychiatry*, 2016, Vol 4: 137-141.
- Brewer C, Streeb C, Skinner M. Supervised Disulfiram Superior Effectiveness in alcoholics treatment: Ethical, Methodological, and Psychological Aspects. *Alcohol and Alcoholism*, 2016, Vol X: 1-7.
- Krampe H, Spies C, Ehrenreich H. Supervised Disulfiram in the Treatment of Alcohol Use Disorder: A Commentary. *Alcohol Clin Exp Res*, 2011, Vol 35: 1732-1736.
- Kranzler H, Ciraulo D, Zindel L (2014). *Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology*. Washington: American Psychiatric Association.
- Vuittonet C, Halse M, Leggio L, Fricchione S, Brickley M, Hass Koffler, Tvares T, Swift R, Kenna G. Pharmacotherapy for alcoholic patients with alcoholic liver disease. *Am J Health Syst Pharm*, 2014, Vol 71: 1265-1276.
- Alharbi FF, Psychh SCC, Guebaly N. The Relative Safety of Disulfiram. *Addictive Disorders&Their Treatment*, 2013, Vol 12: 140-147.

32. Antonelli M, Ferrulli A, Sestito L, Vassallo G, Tarli C, 2017. "Alcohol addiction - the safety of available approved treatment options". Expert Opinion on Drug Safety (IN PRESS).
33. Palliyath S, Schwartz B, Gant L. Peripheral nerve functions in chronic alcoholic patients on disulfiram: a six month follow up. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1990, Vol 53: 227-230.
34. Frisoni G, Di Monda V. Disulfiram Neuropathy: A Review (1971-1988) and report of a case. *Alcohol & Alcoholism*, 1989, Vol 24: 429-437.
35. Hotson J, Langston W. Disulfiram – Induced Encephalopathy. *Arch Neurol*, 1989, Vol 33: 141-142
36. Trevor P, Silberfarb P. Convulsions Following Disulfiram Treatment. *Am J Psychiatry*, 1976, Vol 133: 235.
37. Pujol C, Paasche C, Laprevote V, Trojak B, Vidailhet P. Cognitive effects of labeled addictolytic medications. 2017, *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* (IN PRESS).
38. Heath MJ, Pachar JV, Perez Martinez AL, Toseland PA. An exceptional case of lethal disulfiram alcohol reaction. *Forensic Science International*, 1992, 56: 45-50.
39. Skynner M, Coudert M, Berlin I. Effect of threat of a disulfiram- ethanol reaction on a cue reactivity in alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010, Vol 112: 239-246.
40. Tang YL, Hao W, Leggio L. Treatments for Alcohol Related Disorders in China: A Developing Story. *Alcohol and Alcoholism*, 2010, Vol 47: 563-570.
41. Soler Company E. "Fármacos utilizados en Trastornos Adictivos: características farmacológicas". Asignatura 7, Unidad 1. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
42. Krampe K, Ehrenreich H. Supervised Disulfiram as a Adjunt to Psychotherapy in Alcoholism Treatment. *Current Pharmaceutical Design*, 2010, Vol 16: 2076-2090.
43. Lopez Bris E. (2015) "Seguridad de los fármacos usados en el tratamiento de las conductas adictivas: reacciones adversas e interacciones". Asignatura 7, Unidad 5. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
44. Babu MS, Chandrasheklar S, Aiyappa MR, Sameer S. Disulfiram Ethanol Reaction with Ischemic Stroke. *Eur J Gen Med*, 2014, Vol 11: 190-192.
45. Brewer C. "How Effective is the Estándar Dose of Disulfiram? A Review of the Alcohol Disulfiram Reaction in Practice. *Brit J Psychiat*, 2014, Vol 144: 200-202.
46. Moreels S, Neyrinck A, Desmet W. Intractable hypotension and myocardial ischaemia induce by co-ingestion of ethanol and disulfiram. *Acta Cardiol*, 2014, Vol 67: 491-493.
47. Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice. 2009. A Treatment Improvement Protocol TIP 49 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. www.samhsa.gov
48. Liddon S, Satran R. Disulfiram (Antabuse) Psychosis *Amer J Psychiat*, 2014, Vol 10: 1284-1288.
49. Larson E, Olincy A, Rummans T, Morse R. Disulfiram Treatment of Patients with Both Alcohol Dependence and Other Psychiatric Disorders: A Review. *Alcohol Clin Expres*, 1992, Vol 16: 125-130.
50. Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration Cooperative Study. *JAMA*, 1986, Vol 256: 1449-1455.
51. Liskow B, Nickel EJ, Tunley N. Alcoholics attitudes toward and experiences with disulfiram. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1990, Vol 16: 47-9
52. Larime R, Montreal M. Treatment of Alcoholism with Antabuse. *JAMA*, 1952, Vol 150: 79-83.
53. Soler Company E. "Atención Farmacéutica:" Asignatura 7, Unidad 4. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
54. Williams JB. Use of Disulfiram for Treatment of Alcohol Addiction with Psychotic Illness. *Am J Psychiatry*, 2019, Vol 176: 80-81.
55. Belda L. "Los procesos de cambio en conductas adictivas". Asignatura 2, Unidad 3. Master Propio en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas.
56. Lundwall L, Baekeland F. Disulfiram Treatment of Alcoholism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1971, Vol 153:381-393.
57. Rodriguez-Martos D (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
58. Keane T, Foy D, Rychtarik R. Spouse Contracting to Increase Antabuse Compliance in Alcoholic Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 1984, Vol 40: 340-344.
59. Sereney G, Sharma V, Holt J, Gordis E. Mandatory Supervised Antabuse Therapy in an Outpatient Alcoholism Program: A Pilot Study. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 1986, Vol 10: 290-292.
60. Bannys P. The Clinical Use of Disulfiram: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2012, Vol 20: 243-260.
61. Neto D, Lambaz R, Tavares JE. Compliance with aftercase treatment, including disulfiram and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 2017, Vol 43: 604-9.
62. Specka M, Heilmann M, Lieb B, Scherbaum N. Use of Disulfiram for Alcohol Relapse Prevention in Patients in Opioid Maintenance Treatment. *Clinical Neuropharmacology*, 2017, Vol 37: 161-165.
63. De Corde A, Krzaxcih P, Wolinska R et al. Disulfiram attenuates morphine or methadone withdrawal syndrome in mice. *Behavioral Pharmacology*, 2017, Vol X: 1-7.
64. Goh ET, Morgan MY. Review article: pharmacotherapy for alcohol dependence – the why, the what and the wherefore. *Aliment Pharmacol Ther*, 2017, Vol 45: 865-882.
65. Benjamin Williams J. Use of Disulfiram for Treatment of Alcohol Addiction in Patients with Psychotic Illness. Letter to the Editor. *Am J Psychiatry*, 2019, Vol 176: 80-81.
66. Caputo F, Vignoli T, Grignaschi A, Cibin M, Addolorato H. Pharmacological management of alcohol dependence: From mono-therapy to pharmacogenetics and beyond. *European Neuropsychopharmacology*, 2014, Vol 24: 181-191.
67. Castren s, Makela M and Alho H. Selecting an appropriate alcohol pharmacotherapy: review of recent findings. *Curr Opin Psychiatry* 2019, Vol 32: 266-274.
68. Mutschler J, Eifler S, Dirican G, Grossshans M, Kiefer F, Rossler W and Diehl A. Functional Social Support within a Medical Supervised Outpatient Treatment Program, *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 2013, Vol 39 (1): 44-49.
69. Jorgensen C, Pedersen B, Tonnesen. The Efficacy of Disulfiram for the Treatment of Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 2011, Vol 35: 1749-1758.
70. Van Zyl P. Doctor's views of disulfiram and their response to relapse in alcohol dependent patients, free state, 2009. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*: 2017, 1-7.
71. Brewer C, Strel E, Skinner M. Supervised Disulfiram Superior Effectiveness in Alcoholism Treatment: Ethical, Methodological, and Psychological Aspects. *Alcohol and Alcoholism*, 2017, Vol 52: 213-219.

72. Castren S, Makela N, Alho H. Selecting an appropriate alcohol pharmacotherapy: review of recent findings. *Curr Opin Psychiatry*, 2019, Vol 32: 266-274.
73. Diehl A, Ulmer L, Mutschler, Herre H, Krumm B, Croisant B, Mann K, Kiefer F. "Why is Disulfiram Superior to Acamprosate in the Routine Clinical Setting? A Retrospective Long Term Study in 353 Alcohol Dependents Patients". *Alcohol & Alcoholism*, 2010, Vol 45: 271-277.
74. Knudsen H, Abraham K, Roman O. Adoption and implementation of medications in addiction treatment programs. *J Addict Med*, 2011, Vol 5: 21-7.
75. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta analysis. *PLoS One* 2014, Vol 9:7363-7366)
76. Albarbi F, Guebaly N,. Disulfiram: The Survivor Medication. *Addiction Disorders & Therie Treatment*, 2012, Vol 11: 212-224.
77. Palaty P, Saldanha, E. Status of disulfiram in present day alcoholic addiction therapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 2014, Vol 53:25-29.
78. Rolland D, Paille F, Gillet C, Moirand R, Dano C, Dematteis M, Mann K, Aubin HJ, 2016. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 22 (2016): 25-37.
79. Yoshimura A, Kimura M, Nakayama H, Matsui T, Okudaira F, Akasawa S,. Efficacy of Disulfiram for the Treatment of Alcohol Dependence Assessed with a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res*, 2014, Vol 38: 572-578.
80. Ulrichsen J, Nielsen MK, Ulrichsen M. Disulfiram in severe alcoholism – an open controlled study. *Nord J Psychiatry* 2010, Vol 64: 356-362.
81. Karriker Jaffe K, Ji J, Sundquist J, Kendler K, Sundquist K. Disparities in pharmacotherapy for alcohol use disorder in the context of universal health care: a Swedish register study. *Addiction*, 2017, Vol 112: 1386-1394.
82. Sharma P, Murthy P, Bharath. "Disulfiram in a traditional medicine sold to patients with alcohol dependence in India. *Addiction*, 2011, Vol 106: 1868-1872.
83. Thirthalli J, Chand P. The implications of medications development in the treatment of substance use disorders in developing countries. *Curr Opin Psychiatry*, 2009, Vol 22: 274-280.
84. Diehl A, Ulmer L, Mutschler, Herre H, Krumm B, Croisant B, Mann K, Kiefer F. Why is Disulfiram Superior to Acamprosate in the Routine Clinical Setting? A Retrospective Long Term Study in 353 Alcohol Dependents Patients. *Alcohol & Alcoholism*, 2010, Vol 45: 271-277.
85. Muller C, Geisel O, Banas R, Heinz A,. Current pharmacological treatment approaches for alcohol dependence. *Expert Opin. Pharmacother* 2014, Vol 15: 471-481.
86. McCance-Katz E, Kosten T, Jatlow P. Disulfiram effects on acute cocaine administration. *Drug and Alcohol Depend*, 1998, Vol 52:27-39.
87. Oliveto A, Poling J, Mancino MJ, Feldman Z, Cubells JF, Pruzinsky R,. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of disulfiram for the treatment of cocaine dependence in methadone-stabilized patients. *Drug Alcohol Depend* 2011, 113:184-91.
88. Mutschler, Abbruzzese. Functional Polymorphism of the Dopamine b-Hydroxylase Gene is Associated With Increase Risk of Disulfiram Induce Adverse Effects in Alcohol Dependent Patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2012, Vol 32: 578-580.
89. Ragia G, Manopopoulos V. Personalized Medicine of Alcohol Addiction: Pharmacogenomics and Beyond. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 2017, Vol 18: 221-230.
90. Miller Fischer C. Catatonia due to Disulfiram Toxicity". *Arch Neurol*, 1989, Vol 46: 798-804.
91. Carroll KM, Nich C, Petry NM. A randomized factorial trial of disulfiram and contingency management to enhance cognitive behavior therapy for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*, 2016, Vol 160: 135-142.
92. Suh J, Pettinati H, Kampman K, O'Brien C, 2006. The Status of Disulfiram. A Half of a Century Later. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Vol 26: 290-306
93. Valdes-Stauber J. Estrategias en el tratamiento de Desintoxicación Alcohólica. 2003, Vol 15: 351-368.

La intervención profesional con los jóvenes insertos en el Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil frente al consumo de sustancias psicoactivas: ¿Punibilidad o protección de derechos?¹

Verónica Arias¹, Laura Lazzarino², Natalia López³, Federico Ruiz⁴

1. Trabajadora Social. Centro de Referencia de la Provincia de Buenos Aires.

2. Psicóloga. Centro de Referencia de la Provincia de Buenos Aires.

3. Trabajadora Social. Consejo de Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

4. Médico Psiquiatra. Programa Interministerial de Salud Mental Argentina.

Autor correspondiente: Natalia López, E-mail: lopeznatalia@yahoo.com.ar

Resumen

Este trabajo se propone analizar la intervención profesional en dispositivos que trabajan con jóvenes insertos en el Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil (SRJP), en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, Argentina, desnaturalizando el enfoque punitivo de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas. El análisis propuesto se basa en comprender el consumo en tanto problemática de salud y desde la normativa vigente buscar problematizar la respuesta punitiva, dar cuenta de los distintos niveles de consumo y desnaturalizar la relación estigmatizante entre delito y consumo problemático.

Palabras clave: Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil - Consumo de sustancias psicoactivas – Niños y adolescentes - Delito y consumo problemático de sustancias.

PROFESSIONAL INTERVENTION WITH YOUNG PEOPLE INSERTED IN THE JUVENILE CRIMINAL RESPONSIBILITY SYSTEM AGAINST THE CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: PUNISHABILITY OR PROTECTION OF RIGHTS?

Abstract

This paper intends to analyze the professional intervention in devices that work with young people inserted in the Juvenile Criminal Responsibility System, in the province of Buenos Aires, Argentina, denaturing the punitive view of the problem of psychoactive substance use. The proposed analysis is based on understanding the consumption as a problem of health and from current regulations to seek to problematize the punitive response, to account for the different levels of consumption and to denaturalize the stigmatizing relationship between crime and problematic consumption.

Key words: Juvenile Criminal Responsibility System - Consumption of psychoactive substances - Children and adolescents - Crime and problematic substance use.

¹ Este artículo está basado en el trabajo integrador final que los autores presentaron para la validación del Postgrado: "Introducción a la Problemáticas del Consumo", dictado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación argentina (SEDRONAR) junto con la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y la Universidad Nacional de Entre Ríos durante el año 2018.

Introducción

El problema aquí planteado es la naturalización de la indicación de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas como medida punitiva en la intervención profesional en los dispositivos que intervienen con jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil (SRPJ) de la provincia de Buenos Aires. En función de ello, se busca analizar la intervención profesional, a la luz de la legislación vigente, ante la problemática de consumo de sustancias psicoactivas. Aquí se entiende a la intervención profesional como una construcción artificial de un espacio-tiempo, desde las perspectivas de diferentes actores (instituciones, sujetos individuales y colectivos, el propio profesional y las diversas disciplinas). Por lo tanto, es necesario tensionar las miradas y respuestas hegemónicas frente a esta problemática.

El análisis parte de comprender al consumo de sustancias psicoactivas en tanto problemática vinculada a la vulneración del derecho a la salud de los jóvenes, por ello, se considera necesario problematizar la mirada punitiva de la misma que se observa en los abordajes de diversos actores del SRPJ. Resulta habitual que los Tribunales del SRPJ, ante el consumo de sustancias, exijan al joven, como medida de conducta, la realización de un tratamiento por consumo problemático en un dispositivo específico para tal fin (CPA, SEDRONAR, Programas Municipales de Consumo Problemático, etc.) sin distinguir entre los distintos niveles de consumo y entre el uso o la dependencia. A su vez, en muchas ocasiones, los dispositivos que trabajan con jóvenes, ejecutan acríticamente las imposiciones judiciales, sin evaluar y distinguir la gravedad del problema y las diversas estrategias para abordarlo.

Por último, se considera pertinente desnaturalizar la vinculación lineal que existe entre la comisión de delitos y el consumo problemático, sin tomar en cuenta que las drogas se encuentran históricamente presentes en nuestra sociedad y actualmente se han convertido en un producto que forma parte del intercambio de mercado. Asimismo, su uso es, con frecuencia, el resultado de las exigencias y angustia que la sociedad actual demanda y provoca.

De este modo, el presente trabajo basándose en el marco normativo vigente, intentará cuestionar las intervenciones institucionales habituales sobre los jóvenes que padecen una problemática de consumo y plantear nuevas estrategias de intervención, que no reproduzcan la doble estigmatización de la que son víctimas los jóvenes insertos en el SRPJ.

Objetivos generales

Analizar la intervención profesional en dispositivos territoriales que trabajan con jóvenes insertos en el SRPJ de la Provincia de Buenos Aires, desnaturalizando la mirada punitiva en relación al consumo de drogas.

Objetivos específicos

a) Dar cuenta de los actores institucionales que intervienen con jóvenes insertos en el SRPJ, en la Provincia de Buenos Aires, b) Explicitar el marco normativo vinculado a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas en el SRPJ de la provincia de Buenos Aires, c) Distinguir entre distintos niveles de consumo de sustancias psicoactivas, d) Cuestionar la vinculación existente entre delito y consumo problemático de sustancias, en el SRPJ y f) Reflexionar sobre aspectos vinculados a la intervención profesional con jóvenes insertos en el SRPJ y con consumo de drogas.

Marco teórico

Respecto al marco normativo relevante para el análisis propuesto, se considera necesario desarrollar en este apartado, lo que expresa la ley Nacional de Salud Mental 26.657 (1) respecto de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas como así también a la preceptiva que marca la legislación penal juvenil. Además se dará cuenta de los diversos actores del sistema penal y administrativo que intervienen con jóvenes insertos en el mismo.

La ley Nacional de Salud Mental 26.657 (1), en su artículo 4, establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Así, todas las personas con uso problemático de drogas (legales e ilegales) tienen todos los derechos y garantías de la ley en su relación con los servicios de salud.

Por tanto, se desprende de la misma que a la hora de abordar los tratamientos, deberá contemplarse la interdisciplinariedad, promoviendo que la atención de salud mental, se encuentre a cargo de profesionales y trabajadores capacitados y el proceso de atención se oriente al fortalecimiento de los lazos sociales, en el ámbito comunitario (2). En este sentido, se estipula la internación por el plazo más corto posible garantizando el derecho a la información y determinando la vigencia del consentimiento informado.

Por su parte, el SRPJ, según señala la ley 13.634 (3), de la Provincia de Buenos Aires, es un conjunto de organismos, entidades y servicios que en el ámbito provincial y municipal formulan, coordinan, orientan, supervisan ejecutan y controlan las políticas, programas y acciones, destinados a la promoción, implementación y coordinación de acciones de prevención del delito juvenil, y para la ejecución de medidas socio-educativas que, centradas en la responsabilidad del joven infractor, posibiliten su real inclusión en su comunidad de origen.

Siguiendo con lo señalado en la legislación mencionada en el párrafo anterior, el objetivo de la justicia penal juvenil es contribuir a que los adolescentes se responsabilicen de sus actos, asegurando siempre su bienestar. Para conseguir esto, el juez tiene que tener en cuenta a la hora de imponer una medida de sanción, no solo la infracción cometida, sino toda una serie de

factores psicológicos, familiares y sociales en base a los que se determinan las medidas que mejor incidan en su proceso de responsabilización subjetiva, procurando no causarle restricción de derechos. Comprobada la participación del joven en el hecho delictivo y declarada su responsabilidad, el juez podrá imponerle las siguientes medidas prescriptas en la ley 13.634, en su artículo 68: a) Orientación y apoyo sociofamiliar; b) Obligación de reparar el daño; c) Prestación de servicios a la comunidad; d) *Asistencia especializada*; e) Inserción escolar; f) Inclusión prioritaria en los programas estatales de reinserción social; g) Derivación a los servicios locales de protección de derechos y h) Imposición de reglas de conducta (3).

Respecto al consumo problemático de sustancias, es posible destacar que la Ley 13.634, en su artículo 72, contempla como medida de integración social la asistencia especializada “si el niño responsable de un delito que se le imputa, padeciera de enfermedades físicas o psíquicas, o fuere adicto a sustancias que produzcan dependencia o acostumbramiento; a requerimiento del Agente Fiscal, el juez o el Tribunal -en audiencia oral- podrá ordenar que la medida se cumpla con la asistencia de especialistas o que reciba el tratamiento en un establecimiento adecuado” (3). Este artículo se encuentra observado por el Decreto 44/07, el cual, en relación a este tópico refiere que “de conformidad con el artículo 14 de la ley 13.298 (4), las medidas de integración social son medios con que cuenta el Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño, para el logro de sus objetivos, reservados exclusivamente a ámbitos administrativos fuera del sistema penal”.

El fuero de Responsabilidad Penal Juvenil en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, está integrado por el tribunal de Casación, la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal, los Tribunales de Responsabilidad Penal Juvenil, el Juzgado de Garantías del Joven y el Ministerio Público. Además, en el ámbito administrativo se encuentran los Centros Socio Comunitarios de Responsabilidad Penal Juvenil, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires. Estos Centros están distribuidos en el territorio de dicha provincia; a razón de uno por cada departamento judicial.

El ex Ministerio de Desarrollo Humano, actual Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires, según consta en diversas resoluciones ministeriales (Resolución N° 166/07 ANEXO IV, 151/07 y 152), da cuenta de la creación de los Centros de Referencia, que son dispositivos de modalidad de atención ambulatoria para personas menores de 18 años edad con proceso penal ante el Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil. Su finalidad es la atención en el ámbito de cada departamento judicial de la ejecución de medidas cautelares o sancionatorias alternativas a la privación de la libertad, ordenadas por los tribunales competentes en el marco de un proceso penal seguido a personas menores de edad.

La función del Tribunal Penal de la RPJ atiende en delitos graves como son el abuso sexual, muerte del ofendido por abuso sexual, homicidio en ocasión de robo y el acto sujetar, retener u ocultar personas para solicitar rescate.

El juzgado de la RPJ, es el órgano de juzgamiento, salvo en los casos en los que interviene el tribunal de la RPJ.

El Juez de Garantías del Joven conocerá en los siguientes temas, según la ley provincial 11.922: 1) En las cuestiones derivadas de las presentaciones de las partes civiles, particular damnificado y víctima; 2) En imponer o hacer cesar las medidas de coerción personal o real, exceptuando la citación; 3) En la realización de los actos o procedimientos que tuvieren por finalidad el adelanto extraordinario de prueba; 4) En las peticiones de nulidad; 5) En la oposición de elevación a juicio, solicitud de cambio de calificación legal, siempre que estuviere en juego la libertad del imputado, o excepciones, que se plantearen en la oportunidad prevista en el artículo 336; 6) En el acto de la declaración del imputado ante el Fiscal, cuando aquél así lo solicitare, controlando su legalidad y regularidad; 7) En el control del cumplimiento de los plazos de la investigación penal preparatoria con arreglo a lo prescripto en el artículo 283; 8) En los casos previstos por el artículo 284° (quinquies)² y 9) En todo otro supuesto previsto en este Código.

El Ministerio Público está conformado por los Fiscales y Defensores Oficiales del joven.

Dado que el presente trabajo busca analizar la intervención profesional, se considera relevante explicitar, que según Cazzaniga (5), esta intervención se entiende como la puesta en acto de acciones, a partir de una demanda social (pedido de intervención) en el marco del desarrollo profesional específico; destacando que la profesión (haciendo referencia específica a la de Trabajador Social, pero aplicable a cualquiera otra) tiene asignado un lugar en el imaginario social, dado por su origen, por la construcción socio-histórica de la misma, sus funciones, sus prácticas y los resultados esperados de sus intervenciones. Lo instituido, es lo que en cada puesta en acto, se refuerza o se rompe en cada intervención, convirtiéndose en el eje principal para analizar esa intervención.

Es decir, instituir prácticas que no reproduzcan el control social, fundante de los dispositivos/instituciones orientados a esta población, implica un proceso de elucidación, es decir, exige una reflexión y problematización constante de la mirada teórico-ideológica que implícita o explícitamente se sostiene, y de cómo, esa mirada se materializa en esa *acción-con-sentido*.

Por otro lado, no se entiende la intervención profesional como algo natural, sino como una construcción artificial en un espacio-tiempo, desde las perspectivas de diferentes actores (instituciones, sujetos individuales y colectivos y desde el propio profesional); por lo tanto es necesario tensionar la mirada hegemónica respecto de

² El Fiscal, el imputado y su defensor, podrán solicitar al Juez de Garantías, según correspondiere, la suspensión del juicio a prueba, el sometimiento a juicio abreviado, o el juicio directísimo. En estos casos y mediando conformidad de las partes, el Juez de Garantías será competente para dictar pronunciamiento. Ninguno de estos supuestos será viable en esta etapa, de no haberse obtenido el resultado de las pericias pendientes, la completa certificación de los antecedentes del imputado, y su examen mental obligatorio en los casos de la segunda parte del artículo 64° de este código.

los jóvenes de los sectores populares y las estigmatizaciones que estas conllevan.

La intervención vista como proceso artificial, exige al profesional un ejercicio de comprensión e interpretación de la demanda, además de incorporar la reflexión ético-política respecto de las maniobras de intervención sobre el otro: producción de sentido específico que tenderá a la promoción de autonomía de estos jóvenes o a su cancelación.

La intervención profesional, en tanto trabajo, quehacer o práctica que intenta generar transformaciones o modificaciones en relación con la situación inicial, se expresa en la construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones (intencionalidad de la transformación y sus formas).

Para alcanzar una síntesis de las determinaciones que comportan la intervención profesional con los jóvenes, se debe integrar en la totalidad concreta, simultáneamente las cuestiones particulares que se funden entre lo singular y lo universal de cada intervención.

Otro aspecto importante para el propósito de este trabajo, es definir qué se entiende por sustancias psicoactivas y distinguir entre sus niveles de consumo.

Se entiende por sustancias psicoactivas a aquellas sustancias químicas que se incorporan al organismo con la capacidad de modificar varias de sus funciones, pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionadas sobre todo por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan (6).

Existen clasificaciones en base a la peligrosidad de las sustancias (mayor dependencia física y mayor toxicidad o bien solo dependencia psicológica). Asimismo, según Touzé (7), las acepciones del término toxicómano, adicto, drogadependiente o drogadicto también responden a construcciones que varían a lo largo de la historia y que dependen de quién las expresa.

Por otro lado, existen algunas definiciones más o menos consensuadas en torno al uso, abuso o dependencia de las mismas. Se define el uso de drogas como la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia o de experimentar sensaciones placenteras. Por lo tanto, una posible definición da cuenta de que el uso de drogas, medido y planificado, está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada, que consumen en contextos específicos (por ejemplo acompañando la ingesta de comidas en el caso del alcohol, siguiendo prescripciones médicas en el caso de los medicamentos, etc.). Puede existir también un uso esporádico de drogas no aceptadas socialmente como la marihuana.

El abuso de drogas, advierte un consumo con mayor frecuencia y dosis. Entran en esta categoría, por ejemplo, los bebedores excesivos de alcohol que consumen en reuniones sociales o durante los fines de semana.

Las adicciones, se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una ac-

tividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. Se habla de adicciones a actividades y no sólo a sustancias porque el mismo patrón de conducta que se establece en relación con las drogas puede establecerse en relación con actividades como, por ejemplo, mirar televisión, interactuar con la computadora o jugar compulsivamente. Ligado a la noción de adicción aparece el concepto de dependencia física y/o psicológica y del síndrome de abstinencia que se puede producir cuando se prescinde del consumo.

La dependencia de drogas, está en estrecha relación con un determinado estilo de vida y no sólo con un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo. Lo farmacológico tiene un papel importante, pero no se lo puede considerar como el factor causal único de la dependencia. La adicción o toxicomanía es un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, los aspectos genéticos, el entorno social, los rasgos psicológicos y las experiencias personales (6).

Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.³ El consumo de una única vez puede constituirse en problemático, si se consume en forma excesiva.

Según Touzé (7) cualquiera forma de vínculo con las drogas, si se constituye en un uso problemático, puede provocar daños a las personas; y, advierte que el uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo la afecta negativamente en su salud física o mental, sus vínculos sociales primarios, sus vínculos sociales secundarios y/o sus relaciones con la ley.

Ahora bien, el consumo de sustancias y las conductas delictivas forman parte de un fenómeno complejo y multicausal para cuya comprensión es necesario tener en cuenta, en primer lugar, aspectos propios de la etapa evolutiva en la que se encuentra el sujeto consumidor, para el presente caso los jóvenes (adolescencia), como así también los factores a los que son expuestos y pueden reforzar su vulnerabilidad. Es preciso dar cuenta de los factores económicos, sociales y políticos que afectan a los jóvenes y dan lugar a diversas formas de exclusión, así como también de los discursos que en el imaginario social pueden contribuir a asociar el uso de determinadas sustancias por individuos de ciertos estratos sociales (drogas de *performance* o drogas marginales), asociándolas con el delito y la violencia.

La fragmentación social producida en la Argentina a partir de la crisis de 2001, se vio reforzada por los medios

³ Artículo 2 de la Ley 26.934 (8), Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014).

masivos de comunicación, los cuales fomentaron la asociación de la idea de jóvenes consumidores de paco con conductas de violencia o delincuencia. En ese imaginario, puede incurrirse en un reduccionismo por el cual resulte sencillo vincular al joven de bajos recursos con determinadas drogas y cuyos efectos desencadenan conductas no aceptadas y ligadas al delito. De esta manera, puede obstaculizarse la responsabilidad de los adultos en la construcción de alternativas de inclusión para ofrecer a los jóvenes, así como también invisibilizar los consumos que los adultos llevan a cabo dentro de la sociedad de consumo.

1. La intervención de los actores del SRPJ en relación con la problemática del consumo de sustancias

En relación a la intervención profesional que se realiza con los jóvenes infractores a la ley y en el marco de la normativa vigente en la provincia de Buenos Aires, el presente trabajo tomó como punto de partida la labor que se lleva a cabo en el Centro Socio comunitario de la Responsabilidad Penal Juvenil (CESOC), en el Municipio de Moreno. El mismo, es un dispositivo territorial dependiente del Organismo de Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires, que se enmarca dentro de los lineamientos requeridos por la ley 13.634 para la implementación del SRPJ. Dicho dispositivo se caracteriza por el abordaje interdisciplinario de carácter ambulatorio, para jóvenes hasta 18 años que se encuentran sometidos a un proceso penal ante el Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil.

El objetivo primordial del CESOC, como estrategia de intervención, es acompañar al joven en el cumplimiento de medidas socioeducativas dispuestas por el juzgado interviniente y en la elaboración de un proyecto de vida que lo sostenga por fuera del delito, promoviendo su inserción familiar y comunitaria.

En este marco de intervención, el CESOC trabaja, en articulación con actores territoriales, respetando la comunidad de origen del joven y su familia.

Cuando se infiere que en determinada situación hay presencia de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, el Centro solicita la intervención del CPA (Centro de Prevención en Adicciones) del lugar de pertenencia del joven, como así también del Programa Cuidarnos que pertenece al municipio de Moreno.

Dichos Programas implementan un protocolo de intervención específico para cada caso, conformando a partir de allí una red de trabajo que intenta, aplicando un criterio de corresponsabilidad, sustituir la práctica de derivación de casos entre instituciones, por la construcción de relaciones entre las mismas con el objeto de promover, proteger y restituir derechos en forma integral al joven y su familia.

La demanda que llega al CESOC proviene del poder judicial. Es el Juzgado de Responsabilidad Penal Juvenil quien dispone el tratamiento específico en adicciones para el joven, como medida punitiva, obligatoria y en

función del cumplimiento de una medida judicial como regla de conducta a cumplir.

Se infiere de lo anteriormente mencionado, una asociación directa, aunque equivocada, entre delito y consumo de sustancias, ya que al tomar contacto, desde el CESOC, con dichos jóvenes y su contexto socio-familiar, la realidad de la experiencia advierte que dicha relación generalmente no es tal. El mayor porcentaje de la población de los jóvenes que asisten al CESOC tiene un consumo recreativo de marihuana como actividad social. A partir de sus discursos, se verifica una modalidad de consumo como forma de encontrarse con pares o construir una identidad común. Sobre ello, se debe advertir que estas prácticas se dan en el marco de un momento histórico como el actual, donde se redefinen las identidades colectivas a partir de fuertes procesos de fragmentación (9, 10). En menor grado se observan situaciones de consumo problemático de alcohol y pastillas asociados a un hecho delictivo que ameritan un tratamiento específico.

Uno de los aspectos importantes a resaltar es que trabajar con jóvenes involucrados en un proceso penal, implica un abordaje integral de la situación particular de cada uno, más allá de la medida judicial impuesta. La exclusión y vulnerabilidad social son atributos constantes en ellos.

Debe evitarse entonces caer en un reduccionismo que establezca un vínculo causal entre consumo de drogas y delito, dado que las dos variables están a su vez y en la mayoría de los casos, asociadas desde el imaginario social con la marginalidad.

No puede afirmarse que un acto delictivo no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas fueran provocadoras de un acto delictivo, se estaría infringiendo que la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas cometen crímenes o actos violentos. En este sentido "La asociación drogas y juventud, es presentada desde un fatalismo donde la única resolución, es el control de determinadas poblaciones" (11). Estas problemáticas sociales complejas dan cuenta de una serie de fenómenos y hechos que se expresan en forma singular haciéndose dificultoso su abordaje desde parámetros preestablecidos o a partir de la construcción de poblaciones homogéneas. De este modo la intervención implica una necesaria mirada a la singularidad donde cada historia social, es diferente y requiere de un abordaje distinto, pero de un proyecto de intervención singularizado (11).

2. El enfoque punitivo, la no distinción en niveles de consumo y su incidencia en las alternativas de tratamiento

Si entendemos la salud mental como un proceso atravesado por componentes históricos, culturales, biológicos y psicosociales que la estructuran, para protegerla y disminuir el sufrimiento de aquellos quienes poseen un padecimiento mental (1), es necesario construir un proceso que sea respetuoso de las percepciones de cada sujeto y contextualizado según sus condiciones materia-

les y socioculturales de vida, fomentando la restitución de los derechos humanos y sociales (1). Si se analizan las políticas en materia de atención a la problemática del consumo de drogas desde la década de los '90 en adelante, se observa que tuvieron un desarrollo limitado dentro de las políticas de salud. Este pobre desarrollo, se dio en paralelo con la inexistencia de una política de salud mental desde el estado nacional. Asimismo, se advierte que a semejanza de ello la Ley 23.737 de Tenencia de Estupefacientes otorga potestad al aparato judicial para imponer medidas de seguridad curativas (basadas en el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación), la cual puede hacerse cesar por disposición judicial (12). A través de esta normativa, se caracteriza como delito la misma conducta que es objeto de abordaje terapéutico, lo cual refuerza el control de los sujetos asumidos como potencialmente peligrosos a partir de la producción de discursos estigmatizantes sobre el uso de las drogas, que pueden distorsionar, magnificar e invisibilizar algunas dimensiones del problema. Un efecto habitual de esta discursiva, es la homologación del usuario al dependiente de drogas. No es posible advertir a partir de esto, algunas dimensiones del problema relacionadas con la producción de modos culturales de consumo. A partir de ello, es difícil advertir alguna clasificación de los distintos niveles de consumo, como la "dimensión recreativa" (13) o consumo sin riesgo que pudiera tener el vínculo con algunas sustancias (especialmente las ilícitas) y que gozan de todo el énfasis de la condena social.

El consumo de drogas definido así, relega las cuestiones relativas a la salud de las personas consumidoras y puede coartar el pleno goce de sus derechos en materia de atención de la misma. Esto ha tenido como correlato, la habitual designación de este problema asociado a la delincuencia o a la enfermedad. La oscilación transcurra -sin matices- entre la medicalización y la criminalización.

En particular, se trata de garantizar el derecho a acceder a la atención de la salud y promover el pleno goce de los derechos de los jóvenes que dentro del SRPJ, mantienen un consumo de sustancias psicoactivas.

En contraposición a ello, en la práctica cotidiana se advierte, como respuesta judicial, una mirada punitiva respecto de tal situación de consumo. Inferimos que en este tipo de respuesta subyacen algunos presupuestos sobre estas poblaciones mediante los que se pueden reforzar ideas tales como: los jóvenes son los que más consumen y que en estado de intoxicación por consumo son capaces de cometer cualquier acto delictivo. Tal como describe la ONU: "Las personas que consumen drogas son tenidas a menudo por peligrosas para sí mismas e incapaces de adoptar la decisión correcta" (14). Allí también se hace referencia a que en reiteradas ocasiones las personas que realizan un tratamiento por drogadependencia desconocen la modalidad del mismo o su duración y expresa que tratar como delincuentes a quienes padecen el consumo de sustancias, es contraproducente desde la perspectiva del derecho a la salud.

El sistema de justicia penal debe integrar los enfoques para el tratamiento del consumo de drogas, dado

que existen comportamientos delictivos asociados a dicha problemática. Sin embargo, esta mirada antes descrita puede provocar el establecimiento de una relación casi causal entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos, sin tomar en cuenta que ambos factores son producto de múltiples causas.

En estos abordajes cotidianos de la problemática del consumo, no se toma en cuenta la influencia de las condiciones materiales y sociales de existencia, los rasgos psicológicos, ni las experiencias vividas de aquellas personas, que constituyen la relación de dependencia hacia alguna sustancia. Así, la problemática del consumo, no es vista como un problema de salud, sino como de orden público y de seguridad ciudadana, construyéndose de esta forma, una concepción moral del problema que adjudica a los jóvenes una calificación discriminatoria y potencialmente vulnerante de sus derechos. Así, la prescripción de un tratamiento como medida punitiva, no advierte la importancia de la multicausal en el abordaje de la salud mental, careciendo los Juzgados del Fuero de la RPJ de equipos técnicos que pudieran evaluar este fenómeno de manera interdisciplinaria.

3. ¿Cómo entendemos el problema?

En este apartado se busca explicitar algunos aspectos esenciales para comprender la problemática aquí abordada. Para ello es necesaria contextualizarla en la sociedad actual y la cultura de consumo imperante.

A lo largo de la historia se han utilizado drogas para alterar los estados de conciencia. Hasta casi la mitad del siglo XX, estas se encontraron asociadas a rituales culturales y colectivos y se utilizaron mayormente como forma de alejamiento del mundo. En la sociedad actual las drogas ya no se utilizan con ese sentido, sino para hacer frente a los requerimientos y angustias que impone la cultura y la sociedad contemporáneas.

Lo mencionado en el párrafo anterior se puede comprender en el contexto de la sociedad de consumo en la que vivimos. Esta sociedad, genera consumidores y exige que la felicidad se mida vinculada a este aspecto. En este sentido Antonietti (15) señala que el toxicómano se ha tomado al pie de la letra la idea de que la felicidad se encuentra en los objetos que se pueden incorporar. Resulta difícil además, imaginar situaciones sociales en las que no hubiera individuos aferrados a alguno de los productos ofrecidos por la cultura.

En contraposición a la ingesta de drogas para alejarse de la sociedad, en la actualidad el consumo se desplaza a la aparición de la forma adictiva, tratándose aquí de aquellas personas que no sólo utilizan las sustancias en circunstancias puntuales u ocasionalmente, sino que éstas pasan a dominar sus vidas. Esto se explica por un lado, por la necesidad de los sujetos a integrarse al ritmo, velocidad y exigencias que la vida social demanda. Por otro lado, la aparición de esta nueva identidad, necesita alterar la conciencia para superar algún sufrimiento ocasionado por la vida moderna. Todo esto sumado al individualismo, donde cada uno busca un rendimiento

personal cada vez más alto, cada uno debe asumir individualmente la gestión personal de todas las dimensiones de la vida para no quedar fuera del sistema económico y social. Todo lo que en otros momentos históricos era gestionado desde ámbitos colectivos y sociales, ligados al Estado de Bienestar, se ha ido considerando una responsabilidad de cada persona. Claramente este proceso se ha dado con la instauración del neoliberalismo como modelo económico, político y cultural, donde el que domina es el mercado y en el cada quien debe gestionar sus recursos. Se constituyen entonces toda una serie de prácticas generadoras de subjetividad, entendida ésta como la resultante del peso de las condiciones socioculturales en la constitución psíquica. El adicto es posible en situaciones en el que el soporte subjetivo del Estado ha dejado de ser el ciudadano y ha recaído en el consumidor.

Los padecimientos que imponen la vida actual pueden vincularse a problemáticas vinculadas al desempleo, las exigencias laborales, los cambios en las dinámicas organizacionales y emocionales de las familias, la complejización de las relaciones entre hombres y mujeres, la inestabilidad afectiva. En el caso específico de los jóvenes concernidos por los problemas de consumo, la dificultad para su inclusión laboral, ligada a la baja calificación, la desorganización de su vida cotidiana, la ausencia de referentes adultos y de contención, las diversas problemáticas familiares ligadas a diversos modos de violencia, la ausencia de anclaje institucional educativo, recreativo y/o cultural.

Para afrontar estas problemáticas, se encuentran a disposición una gran cantidad y diversidad de sustancias legales e ilegales. Las drogas están en nuestra sociedad y son parte de la vida moderna, su incremento es proporcional al aumento de la angustia y de la exigencia social. Hay un mandato que indica que se deber ser joven, ágil, rápido, con capacidad para manejar los afectos y emociones. Estas lógicas no son meras ideologías consumistas asentadas sobre individuos ya desarrollados, sino que constituyen la subjetividad de los mismos. En este sentido las drogas se instalan y forman parte de la cotidianidad.

Por lo expuesto, es necesario superar las miradas sobre el tema que reduzcan la cuestión del consumo a un problema de enfermedad por el que se despliegan exclusivamente prácticas de salud o la vinculan con la ilegalidad e instalan prácticas represivas, policiales y judiciales. Estas miradas, llevan a comprender a la droga como algo ajeno a la sociedad, donde se desvanece la vinculación con las dimensiones social y cultural. Por el contrario debe entenderse que las drogas forman parte de nuestra cultura, no como un producto exterior, sino como un modo de relación. Es decir, un modo de ser incluido. Resulta parte de la construcción de una identidad social, parte de la vida social de modo constante.

La mirada individual del problema, ha derivado cada vez más en más medicalización y patologización de los padecimientos sociales y contribuye a las respuestas exclusivamente médicas del problema, así se han ingresado en los últimos años al campo de trastornos o enfermedada-

des mentales diversas problemáticas y acontecimientos de la vida que anteriormente eran comprendidas como sociales y culturales. La adicción puede considerarse de hecho, un riesgo de la configuración social actual.

Por lo tanto, es necesario explicitar que el fenómeno de las drogas es complejo, ligado no solo al consumo, sino también a la producción y distribución. Tal situación, implica para su abordaje, la elaboración de respuestas complejas que superen la instancia individual que considera a la persona que consume como un enfermo al cual ofrecer diversos tratamientos médicos, o la represiva, que los vincula con el delito. Se deben superar estos enfoques que solo involucran políticas que abordan este problema mediante disciplinas vinculadas con lo biológico por un lado, y a la policía e instancias judiciales por otro. En este sentido, el abordaje exclusivo desde la salud o la represión, no logran erradicar las drogas de la vida social y cultural.

Pensar y afrontar el problema del consumo implica problematizar la relación social con los objetos, sobre la organización de la cultura, las definiciones de felicidad, los modos de socialización y las relaciones sociales. Esto no significa que no se visualice que detrás de cada situación de adicción hay un drama personal y familiar que es necesario atender, sino que se entiende qué esfuerzos deben ser los necesarios para afrontar un problema cultural y social complejo en vías de su serio y responsable tratamiento.

4. La intervención con jóvenes en conflicto con la ley penal

Para pensar la intervención profesional es necesario definir las particularidades de la población que proponemos como objeto de estudio de esta presentación. Por lo tanto, es necesario definir el trabajo específico con jóvenes, haciendo un breve desarrollo de este concepto y más específicamente caracterizar a esos jóvenes insertos en el SRJP, que mayoritariamente pertenecen a los sectores sociales pobres.

Para comenzar entonces es necesario explicitar que la juventud es una categoría socialmente construida, situada histórica y relacionamente. Tal cual como hoy se la concibe esta categoría apareció en la segunda posguerra. Los vencedores de la misma gozaron de altos estándares de vida e impusieron sus estilos y valores al resto del mundo. En ese contexto se reivindicó a los niños y jóvenes en tanto sujetos de derechos, pero sobre todo a estos últimos como sujetos de consumo.

Consecuentemente, en esta época histórica hubo un incremento de la esperanza de vida, lo que provocó un cambio en la inserción de los jóvenes en la sociedad, posponiéndose la edad de ingreso al trabajo de la población económicamente activa, lo que necesariamente requería del sostenimiento más prolongado de los jóvenes en instituciones educativas.

Es también en este momento, cuando emergió una industria cultural, que ofreció por primera vez en la historia bienes exclusivos para el consumo de esta pobla-

ción: música, indumentaria, revistas, etc. Por medio de estos, los jóvenes expresan la diferencia y disconformidad con el mundo adulto.

El fenómeno de visibilización de los jóvenes coincidió con la universalización de los Derechos Humanos y con un contexto político que intentó dejar atrás el fascismo autoritario. En este contexto los jóvenes se convirtieron en “sujetos de derecho” independiente de los adultos en el plano jurídico. La profesionalización de dispositivos administrativos para el control y vigilancia de este sector de la población creció junto con el Estado Benefactor, que introdujo elementos científicos y técnicos para la administración de la justicia a los “menores”. Aparecieron así, los tribunales especializados para la rehabilitación y readaptación en centros de internación.

Lo mencionado en el párrafo anterior, da cuenta de la necesidad de la sociedad de crear dispositivos especiales para este segmento de la población que irrumpía en la escena pública, y de la conciencia del nacimiento de un nuevo sujeto social para el que había que crear un dispositivo jurídico de tutela acorde al clima político que requería del control social.

En síntesis, se podría vincular el proceso que lleva a la mayor visibilidad de los jóvenes en la segunda mitad del siglo XX, con tres acontecimientos: la reorganización económica como resultado del aceleramiento industrial producto del impacto tecnológico y científico, la oferta y el consumo cultural y el discurso jurídico. “La sociedad posmoderna considera a sus miembros primordialmente en calidad de consumidores” [...] “la vida organizada en torno al consumo, se encuentra guiada por volátiles anhelos” (16), en este marco emerge la categoría de juventud vinculada al consumo, con la presencia de una mayor vinculación y permeabilidad con el consumo por parte de esta población, la cual es posicionada por el mercado, como consumidora privilegiada.

Los jóvenes, integrantes de los sectores populares, vinculados sin mediaciones con el delito y las drogas, tienen acotadas sus posibilidades de acceder a la moratoria social que define supuestamente la condición de juventud. No suele estar al alcance de esta población “el ser joven” según lo esperable y, contrariamente, deben ingresar al mercado de trabajo tempranamente, incorporándose a labores más duras y menos remuneradas, y suelen contraer a más temprana edad obligaciones familiares, casamiento o unión temprana, consolidada por los hijos. Es decir, carecen del tiempo y del dinero para vivir ésta moratoria social de modo más o menos prolongado con relativa despreocupación y ligereza con la que es planteado este período.

Además, vinculado con los jóvenes de los sectores populares, se ha construido socialmente una asociación entre la condición de pobreza y una cierta disposición a la violencia y la delincuencia. Esta “ingobernabilidad” requiere de mano dura y sometimiento por la fuerza para encauzarla. En este sentido, las discusiones y los

proyectos legislativos para reducir la edad de punibilidad, la expulsión de los jóvenes de los espacios públicos y el manejo informativo vinculado a adjetivaciones negativas justifican, mediante un discurso que naturaliza la vigilancia, el control y la represión de los peligrosos.

Muchos jóvenes de los sectores populares, se encuentran sometidos a inestabilidad económica, social y afectiva. Se les dificulta acceder a instituciones o ámbitos de formación que le permitan construir capacidades para integrarse al mundo laboral y a otras relaciones sociales. Esos jóvenes se encuentran en un dilema entre la formación y la necesidad de cooperar con la subsistencia de la familia nuclear o propia, en un contexto de falta de oportunidades y precarización laboral. Existe en muchos casos debilitamiento o falta de referentes familiares e institucionales y, debido a ello, construyen referencias a través de la pertenencia a grupo de pares, siendo vulnerables a las reglas, prácticas y demandas del grupo. En función de su apariencia física son socialmente descalificados, estigmatizados y depositarios de sospechas. Así, se refuerza la idea de que estos jóvenes son los que más consumen y que en estado de intoxicación por consumo, son capaces de cometer cualquier acto delictivo, estableciéndose así desde el discurso una relación casi causal entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos.

Estos supuestos dan lugar a la estigmatización y descalificación de los usuarios como sujetos de derechos. “Dicha estigmatización opera de la siguiente forma: en principio, advierte una generalización en la cual la sociedad afirma que todos los drogadictos son delincuentes. Seguidamente, se tiende a la segregación de dichas personas en lugares de atención aislados (servicios de atención diferenciados, comunidades cerradas) y se refuerza la idea de permanencia: ‘Tienen una enfermedad crónica’, la cual quita derechos de atención, arrojando como resultado, además, el refuerzo sobre la creencia en la incapacidad de estas personas de elegir el tratamiento al cual pueden acceder, en el momento que lo necesiten, ya que no poseerían la capacidad de discernir lo que está bien de lo que está mal”.⁴ Dicha cuestión es afianzada por la potestad del aparato judicial para decir en qué momento y bajo qué modalidad de tratamiento debe incluirse un joven que ha cometido un delito, sin tomar en cuenta el tipo de relación que esa persona, inmersa en determinado contexto, establece con aquella/s sustancia/s. Es decir, qué rituales y definiciones sociales se encuentran presentes alrededor de dicho compromiso.

Sin embargo, el consumo, contrariamente a lo instaurado desde los discursos mediáticos, en términos generales es raro. El porcentaje de jóvenes que mantienen un consumo abusivo de sustancias, es bajo, como arrojan los datos proporcionados por el Estudio Nacional sobre la Prevalencia Anual del Consumo según edad, donde se muestra que, a excepción del alcohol, el índice de consumo por parte de los adolescentes entre 12 y 17 años,

⁴ Di Leo Pablo Francisco; Camarotti Ana Clara y Kornblit Ana Lía. “Material de estudio. Prevención del consumo problemático de drogas. MODULO 1: “La construcción social de la problemática de las drogas”. En http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf.

es de aproximadamente del 7%, habiendo para algunas sustancias como el paco una incidencia de un 0,1% (17). Por lo tanto, se advierte una asignación de ciertos atributos estigmatizantes a esta franja de población.

En relación a ello, Goffman habla de tres tipos de estigma: "Las deformaciones físicas; los defectos del carácter que se perciben como falta de voluntad, pasiones antinaturales, deshonestidad, etc., que se refieren a enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; y los estigmas tribales de raza, nación, religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar a los miembros de la familia" (18). Los rasgos de los jóvenes de los sectores populares y más específicamente los vinculados con consumo de drogas e insertos en el SRPJ, se configuran en estigma, constituyéndose en una indeseable diferencia, que coloca al joven portador de ese rasgo indeseable, como sujeto del cual se debe apartar aquel que porta una "cierta normalidad". Quienes no se incluyen en esta categorización, consideran que la persona estigmatizada no es totalmente humana y por eso practican diversos tipos de discriminación, para lo cual se construye un tipo de ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro de este.

Si bien a lo largo de la historia se van modificando aquello que se considera no normal y por tanto estigmatizable, la sociedad no ha perdido su característica estigmatizante, aunque varían los métodos de control social: aislamiento y encierro propiamente dicho, imposición de tratamiento y sometimiento a medicación. Todas estas variaciones esconden, bajo el discurso de la humanización, un desplazamiento que mantiene una misma constante: el control social como objetivo central.

Por lo tanto, la intervención profesional debe desnaturalizar estas estigmatizaciones que sufren los jóvenes de los sectores populares y que se reproducen acríticamente. En este sentido, la práctica debe diferenciarse del control social, el cual se solicita desde el sistema judicial, controlando las medidas impuestas, controlando el cumplimiento de los requerimientos judiciales educativos, de salud, etc. Desde el aparato represivo, se busca instaurar una práctica de control social formal, por parte de quienes están habilitados (principalmente funcionarios) a buscar individuos identificables por sus antecedentes (tanto morales como criminales). Además, esto refuerza a través del creciente predominio de la medicalización de la anormalidad y la asunción de la medicina en su función de control social, que opera en los modos de definir y etiquetar los comportamientos anormales como problemas médicos, es decir, como enfermedad. En esta función de control, la medicina pretende intervenir de alguna manera sobre la anormalidad.

Proponemos entonces, instaurar prácticas no vinculadas a la medicalización de comportamientos para contribuir a transformar, regular, aislar o eliminar aquel comportamiento definido socialmente como anormal.

Cabe destacar que la discriminación persistente que sufren grupos específicos, ya no tan solo como producto de su estigma sino como su manifestación, afecta la totalidad de la vida de las personas y profundiza la situa-

ción en que se encuentran. El tipo de discriminación, también suele operar de un modo imperceptible y se da a nivel de los procesos psicológicos de las personas discriminadas. Alude a la degradación de la persona, la cual se siente menos digna de confianza, menos inteligente y menos competente. Por esto, debemos intervenir en aspectos subjetivos, fortaleciendo la autoestima y la confianza. Caso contrario, dado que el discurso del crimen asociado a las drogas ilegales, tiene un fuerte componente ideológico y produce un efecto de poder explicativo basado en la suposición de peligrosidad de estas personas, la situación de quienes han sido alcanzados por la legislación penal, muestra que aún quienes cumplieron su pena, no logran deshacerse de la marca de la judicialización. La visión predominante del crimen y la enfermedad, han sido la base para negarle a estas personas "... las dos principales características de los ciudadanos en un régimen democrático: la racionalidad y la autonomía" (13). "Aun cuando el atributo estigmatizante puede repararse, el resultado no es la asunción de un estatus normal, sino que alguien que tenía un defecto particular se convierte en alguien que cuenta en su haber con el record de haber corregido un defecto particular" (17). Aquí se produce una situación que esconde una vulneración de derechos ya que, debido a un acontecimiento que puede ser ocasional, estas personas son expuestas a la identificación pública [...] pero sin darle derecho a compensar los daños sufridos" (18). La intervención debe dirigirse a devolverles, entonces, las dos principales características de los ciudadanos en un régimen democrático: la racionalidad y la autonomía (13). "Aun cuando el atributo estigmatizante puede repararse, el resultado no es la asunción de un status normal, sino que alguien que tenía un defecto particular se convierte en alguien que cuenta en su haber con el record de haber corregido un defecto particular" (18).

Conclusión

El desarrollo del trabajo permitió dar cuenta del ejercicio de acciones normalizadoras que mantiene el poder punitivo respecto de los jóvenes, desnaturalizando así las representaciones subyacentes al tipo de intervenciones que se dan en torno a la problemática del consumo por parte de la población objeto de estudio. Asimismo, se logró realizar un desarrollo de los principales conceptos que giran en torno a los análisis sobre la temática, lo que permitió advertir sobre distintos niveles de consumo, marco normativo, miradas y definiciones respecto del mismo y poder analizar su vinculación con el delito con el objetivo de reflexionar y brindar la posibilidad de pensar estrategias de intervención superadoras que intenten deconstruir los procesos de estigmatización en la intervención profesional.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial: 03/12/2010.
2. Stolkiner A (2003). *Nuevos Enfoques en Salud Mental*. Ponencia presentada en el 14º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Buenos Aires.
3. Ley 13.634 y Decreto 44/07 del Fuero de la Responsabilidad Penal Juvenil de la provincia de Buenos Aires. Promulgada el 18 de enero de 2007.
4. Ley 13.298 y Decreto 300/05. *Ley de la Promoción y Protección de los Derechos del Niño*. Provincia de Buenos Aires. 2005.
5. Cazzaniga S (2001). *Metodología: el abordaje desde la singularidad*. Cuadernillo Temático Desde el Fondo Nº22. Centro de Documentación. FTS. UNER. Paraná.
6. Romaní O (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
7. Touzé G (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel.
8. Ley 26.934. *Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos*. Publicada en el Boletín Oficial del 29 de mayo de 2014.
9. Lewkowicz I (1999). *Subjetividad adictiva: Un tipo psicossocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad*. Buenos Aires: Ediciones FAC.
10. Saintout F, Varela A (2013). *Jóvenes y política. Por una epistemología de la reconstrucción*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
11. Carballeda A. (2008). *La intervención en lo Social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales en el Trabajo Social*. Artículo Revista Margen, 48. Buenos Aires.
12. Ley 23.737. *Ley Nacional de tenencia de estupefacientes*. Promulgada de hecho: 10 de octubre de 1989.
13. Aureano G (2003). "Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política". En C. Cáceres et al. (Eds.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: UPCH, pp. 45-48.
14. Grover A (2009). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Asamblea General, A/64/272.
15. Antonietti M (2011). *El tóxico, la pereza y la felicidad*. 3er Congreso Internacional de Investigación, UNLP.
16. Bauman Z (1996). *Modernidad líquida*. México-Argentina: Fondo de Cultura Económica.
17. Brasesco MV, Rosendo E, Cadenas N, Agostinho VL (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, Sedronar.
18. Goffman E (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
19. Ley 26.061. *Ley de Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes de la República Argentina*. Promulgada el 21 de octubre de 2005.

Impulsividad y género en adolescentes usuarios de sustancias psicoactivas de mayor prevalencia (alcohol, tabaco y cannabis)¹

Gonzalo Daniel Galván^{1,4}, Ricardo Alberto García^{2,3,5},
Manuel Francisco Guerrero Martelo^{1,4}, Francisco Vásquez De la Hoz^{2,4},
Glenis Bibiana Álvarez Quiroz^{1,4}, Daysy Katherine Pabón Poches⁶

1. PhD.

2. MSc.

3. Esp. Psiquiatría

4. Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Córdoba, Colombia.

5. La Rosa de los vientos, Córdoba, Argentina.

6. Universidad de Investigación y Desarrollo, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Autor correspondiente: Gonzalo Galván, E-mail: galvan.patrignani@gmail.com

Resumen

El propósito del estudio fue describir la relación entre el uso de sustancias e impulsividad en función del género como variable moderadora en una muestra de estudiantes argentinos. Se evaluaron 390 alumnos mediante un cuestionario sociodemográfico y clínicos ad-hoc; la prueba ASSIST y la escala Barratt se utilizaron para detección del uso de sustancias y niveles de impulsividad respectivamente. Iguales porcentajes de varones y mujeres usan alcohol y tabaco; una mayor proporción de varones usan cannabis. Los niveles de impulsividad son mayores entre adolescentes que usan sustancias. Las mujeres que usan sustancias (alcohol, tabaco y cannabis) son más impulsivas que los varones usuarios, específicamente desde el punto de vista motor. Se confirma la relación entre impulsividad y consumo de sustancias, dicha relación podría estar mediada por cuestiones relativas al género y mecanismos biológicos subyacentes; estos hallazgos permitirán establecer un enfoque diferencial de género en términos de prevención y tratamiento.

Palabras clave: Impulsividad - Género - Adolescentes - Drogas - Barratt.

IMPULSIVITY AND GENDER IN ADOLESCENTS WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES OF HIGHER PREVALENCE (ALCOHOL, TOBACCO AND CANNABIS)

Abstract

The purpose of the study was to describe the relationship between substance use and impulsivity according to gender as a moderating variable in a sample of Argentine students. Three hundred ninety students were evaluated using a sociodemographic and clinical ad hoc questionnaire; the ASSIST test and the Barratt scale were used to detect substance use and impulsiveness levels respectively. Equal percentages of men and women use alcohol and tobacco; a greater proportion of men use cannabis. Impulsivity levels are higher among teenagers who use substances. Women who use substances (alcohol, tobacco and cannabis) are more impulsive than male users, specifically from the motor point of view. The relationship between impulsivity and substance use is confirmed, gender issues could mediate this relationship and underlying biological mechanisms; these findings will allow a differential gender approach to be established regarding drug prevention and treatment.

Key words: Impulsivity - Gender - Adolescents - Drugs - Barratt.

¹ El presente artículo de investigación es resultante del proyecto de investigación "Predictores de abuso de alcohol jóvenes". Dicho proyecto fue subsidiado por la Universidad Cooperativa de Colombia. En número de identificación del proyecto es ID: 1496.

Introducción

Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho que unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas (1). Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento (2).

En Argentina, la prevalencia de vida de uso de sustancias psicotrópicas en población entre 12 y 17 años fue en 2016, según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR): tabaco 19,0%, alcohol 60,5%, tranquilizantes 0,8%, estimulantes sin prescripción médica 0,1%, analgésicos/ opiáceos 2,6%, adelgazantes 0,2%, esteroides 0,1%, solventes/inhalables 0,2%, marihuana 8,6%, cocaína, 1,2%, pasta base/paco 0,2%, hachís 0,3%, crack 0,04%, éxtasis 0,3%, heroína 0,02%, morfina 0,02%, alucinógenos 0,5%, ketamina 0,02% y 8,8% para alguna droga ilícita diferente. Mientras tanto, la prevalencia de último mes fue de acuerdo al mismo estudio: tabaco 11,8%, alcohol 34,7%, tranquilizantes 0,02%, solventes/inhalables 0,04%, marihuana 2,8%, alucinógenos 0,04% y, 2,9% para otras sustancias ilícitas (3).

En la provincia de Córdoba, en la población de 16 a 65 años, las sustancias psicoactivas con mayores proporciones de consumo durante el último año fueron alcohol (63,1%), marihuana (2,5%), tranquilizantes sin prescripción médica (1,4%) y cocaína (0,8%). Considerando el consumo del último mes, se observa el mismo patrón en la elección de sustancias: alcohol (49,1%), marihuana (0,7%), tranquilizantes sin prescripción médica (0,5%) y cocaína (0,3%). En cuanto a los estudiantes la edad de inicio de consumo se sitúa en promedio entre los 13 y 14 años, según las sustancias. Por otra parte, las sustancias psicoactivas con mayores proporciones de consumo alguna vez en la vida en adolescentes fueron: alcohol, bebidas energizantes, tabaco, marihuana y tranquilizantes sin prescripción médica. Este patrón se presenta también en los consumos del último año: alcohol (70,3%), energizantes (39,3%), marihuana (10,1%), tranquilizantes (2,7%), cocaína (2,1%); y del último mes: alcohol (61,3%), energizantes (21,9%), marihuana (6,1%), tranquilizantes (1,6%), cocaína (0,8%) (4).

Hasta hace casi 40 años el riesgo de iniciarse en el consumo de la mayoría de las drogas ocurría durante la adolescencia intermedia a tardía para luego, ese riesgo, disminuir (5). Actualmente, y lejos de aquella realidad, en los últimos años se asiste a un cambio en el patrón de consumo de sustancias siendo, por un lado, la edad de inicio cada vez menor y, por el otro lado, las cantidades consumidas mayores y en fracciones de tiempo menores (6, 4).

Utilizar sustancias en la adolescencia, sobre todo en la adolescencia temprana (antes de los 15), está asociado con la posibilidad de sufrir consecuencias a largo plazo

(7) tales como dependencia a drogas, problemas de salud secundarios asociados al uso de drogas, implicarse en actividades de riesgo, fallar académicamente, implicarse en actividades criminales, comportamientos sexuales de riesgo, embarazos no deseados, entre otras (8, 9).

Los determinantes del uso o no uso de sustancias, y otras formas de implicación con las mismas, se denominan factores de riesgo y factores de protección (10, 11). Existen múltiples variables que pueden incidir en el inicio/mantenimiento del consumo de sustancias e incluso en el paso del uso al abuso de las mismas. Varios estudios se han hecho en relación a los determinantes del uso de sustancias y los resultados indican que está frecuentemente asociado con factores tales como pobre salud mental y/o física, características de personalidad, pobres resultados en tratamientos, condiciones sociales desfavorables, factores biológicos, falta de educación, influencia de pares, criminalidad, bajo costo de las sustancias, disponibilidad y moda, entre otras (12, 13, 14, 10). No obstante, son pocos los estudios que se han centrado en determinar las variables predictoras del inicio temprano del uso de sustancias y mucho menos el inicio temprano de alto riesgo (15) siendo que la identificación de esos factores podría mejorar la posibilidad de establecer mejores intervenciones en el sentido de inhibir o disminuir la posibilidad que los adolescentes usen drogas (16).

Entre los factores de riesgo para el uso de sustancias existe evidencia de la asociación entre el uso de sustancias y el constructo impulsividad. Evenden (1999), por ejemplo, entiende la impulsividad como una acción sin premeditación, una inhibición de respuesta pobre y una baja capacidad para tolerar la espera antes de obtener una recompensa, o bien, hace referencia a un comportamiento que es llevado a cabo con poca o inadecuada previsión (17). La impulsividad, al parecer, es un factor estrechamente relacionado con el uso de sustancias e inclusive predice problemas relacionados al consumo a largo plazo (18, 19); de hecho, la impulsividad y sus componentes (motores, cognitivos, de planificación) comparten características de tipo genéticas con los trastornos relacionados con el uso de sustancias (20).

Existen, al menos, dos posibles explicaciones acerca de la asociación entre el uso de sustancias e impulsividad (21). La primera de las explicaciones indica que los efectos crónicos de la autoadministración de sustancias podrían causar un daño o desgaste gradual en el comportamiento de autocontrol y, posiblemente, este cambio se encontraría mediado por cambios estructurales en el córtex prefrontal (22, 23). El desgaste explicado ocurriría por vía directa de la neurotoxicidad (muerte celular) o una contracción del tejido (24). Una explicación alternativa sería que el control inhibitorio de los sujetos haya sido deficiente antes de haberse iniciado en el uso de drogas lo cual, de hecho, representa un marcador de vulnerabilidad para los trastornos por uso de sustancias (21).

Con respecto a lo anterior, diversos estudios han demostrado la existencia de la relación entre el uso de múltiples sustancias, las diferentes medidas de impulsividad y cuáles son algunas de las implicaciones de esta

relación (15, 25, 26, 27). Pérez-Fuentes et al. (2015), por ejemplo, hallaron que los adolescentes que se declaraban consumidores de alcohol y tabaco, obtenían puntuaciones significativamente más altas en medidas de impulsividad (28); por otra parte de hecho, otros estudios, afirman que en caso particular del alcohol, por ejemplo, el rasgo impulsividad es el que más se relaciona con conductas de consumo y cuando aquella es evaluada en la adolescencia predice un patrón de abuso de alcohol en la vida adulta (29, 30, 31). Por otro lado, algunos estudios en adolescentes evidenciaron que el patrón de consumo de alcohol y la impulsividad rasgo, parecen influir en la toma de decisiones riesgosas (32, 33), y la relación consumo de alcohol e impulsividad, con ideas e intentos de suicidio (34). Los más recientes estudios apuntan a confirmar una relación bidireccional, de realimentación, entre estas dos variables, por lo que el consumo de alcohol afecta negativamente los procesos cognitivos, llevando a una mayor toma de riesgos y, al mismo tiempo, un mayor nivel de impulsividad facilita el consumo de alcohol exacerbado (35). La impulsividad y la búsqueda de sensaciones también predicen la experimentación y el consumo habitual de cocaína (36).

Un aspecto relevante en cuanto a consumo de sustancias e impulsividad es que parecen existir ciertas variables moduladoras de la relación; entre las variables moduladoras se encontraría el género (37, 38, 39, 40, 41, 42). Mientras diversos estudios, por un lado, sugieren que los varones pueden ser más impulsivos que las mujeres, evidencias contradictorias aparecen en otras investigaciones, quizá más rigurosas desde el punto de vista metodológico (43, 44). Los resultados confusos pueden, al menos en parte, relacionarse a las hormonas sexuales; por ejemplo, en las mujeres los niveles de impulsividad fluctuantes podrían explicarse en función de la fase del ciclo menstrual en la que se encuentren y los niveles de estrógenos (44, 37, 45, 46, 47).

Estudios como el de Kirby y Marakovic (1995) sugieren que las mujeres pueden mostrar mayor impulsividad al momento de hacer elecciones que los varones (43). Por otra parte, particularmente entre adolescentes, las mujeres fumadoras parecen ser más impulsivas que los varones fumadores; no obstante, los varones no fumadores son más impulsivos que las mujeres que tienen ese hábito (48). En relación al uso del alcohol, varios estudios (49, 50, 51, 52) hallaron resultados similares afirmando que, entre los grandes bebedores, las mujeres que beben fuertemente tienen un control inhibitorio menor al de los varones.

Quizá el estudio llevado a cabo por Perry, Krmptich, Thompson, Mikulich-Gilberston, Banich, y Tanabe (2013) sea uno de los más destacados trabajos que ha estudiado el efecto modulador del género sobre la impulsividad en sujetos usuarios de diferentes sustancias. Los hallazgos hechos por el citado grupo indican que entre personas con trastornos por dependencia de diferentes sustancias las mujeres se vuelven más impulsivas que los varones con abstinencia a iguales sustancias (37).

Hasta donde se ha indagado en la ciudad de Córdoba no se ha descrito la relación entre uso de sustancias e impulsividad (y sus diferentes componentes) en función del género como variable moduladora en estudiantes de enseñanza secundaria.

Material y método

Tipo de investigación

Es un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y descriptivo, de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 1400 jóvenes adolescentes de 12 a 18 años de edad, de uno y otro género, que acudían a un colegio público de enseñanza media (secundaria) de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Se realizó un muestreo de tipo aleatorizado y probabilístico simple por género y edad; la muestra estuvo compuesta mayormente por mujeres (62,3%), con una edad media para toda la muestra de 15,04 (DE: 1,45) años. El tamaño de la muestra (n=390) se calculó para un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de 5%.

Instrumentos

Instrumento ad hoc para la evaluación de datos sociodemográficos y clínicos

El citado instrumento incluyó preguntas acerca de edad, género, núcleo de convivencia, cantidad de hermanos, grado escolar al que asiste y país de procedencia, así como un apartado en donde se consignan datos de consumo de drogas.

Escala de impulsividad Barratt (Barratt Impulsive-ness Scale, BIS-11) (53, 54)

El BIS-11 es uno de los auto-informes mayormente utilizados en la clínica como en la investigación para evaluar impulsividad (54). Dicho instrumento consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas de impulsividad: Cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29), Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30); cada ítem consta de 4 opciones de respuestas (0 raramente o nunca; 1 ocasionalmente; 3 a menudo; 4 siempre o casi siempre).

En cuanto la corrección y la interpretación, el test arroja una puntuación para cada subescala y una puntuación total (que es la suma de las tres subescalas). Desde un punto de vista clínico, según los autores, la puntuación con mayor relevancia es la puntuación total. No hay un punto de corte único propuesto, a mayor puntuación mayor impulsividad.

La citada escala, adaptada y validada al español, ha sido adaptada a la población hispana y como resultado de ese estudio los siguientes puntos de corte han sido sugeridos de acuerdo a las medianas de la distribución: subescala cognitiva: 9,5; subescala motora: 9,5; subescala de impulsividad no planificada: 14 y Puntuación total: 32,5 (55).

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) (56)

Prueba desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (2011) especialista en adicciones con el fin de detectar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de "alto riesgo" y conductas asociadas con inyectarse.

Puntuación y corrección: para cada sustancia (etiquetadas de la *a* a la *j*) se suman todas las puntuaciones de las preguntas 2 a 7 (ambas inclusive) excluyendo las preguntas 1 y 8. El resultado de la suma de las puntuaciones anteriores le dará un número comprendido entre 0 y 27 o más (entre los 0-3 puntos indican bajo riesgo por el consumo de sustancia y no le corresponde intervención; entre 4-26 indican riesgo moderado y les corresponde una intervención breve y puntuaciones de 27 en adelante indican alto riesgo para las consecuencias directas e indirectas del consumo de la sustancia y suponen necesaria una intervención de tipo intensivo).

Procedimiento

Antes de las evaluaciones se mantuvo una reunión informativa con las directivas de un centro educativo de la ciudad de Córdoba. Tras el permiso de llevar a cabo el estudio en la institución se procedió a mantener charlas informativas con los alumnos en los distintos salones de clases explicando objetivos y detalles de la investigación, tras lo cual se entregó a los interesados consentimientos informados para que llevaran a sus hogares en donde sus padres podrían decidir su participación. Tras recepcionar los consentimientos informados firmados se procedió a la evaluación de los alumnos mediante el

protocolo de evaluación. Cada evaluación fue de manera grupal en grupos que oscilaban entre 25 y 45 alumnos. Cada una de las evaluaciones fueron llevadas a cabo por un psicólogo y un psiquiatra especializados en el campo y tuvieron una duración promedio que osciló entre 40 y 50 minutos

Tras obtener los protocolos completos se tabularon los datos y se procedió al análisis estadístico de los mismos.

Análisis estadísticos

Utilizando el paquete estadístico SPSS® versión 21 se llevaron los diferentes análisis estadísticos necesarios para la consecución del objetivo. Tanto para los datos sociodemográficos (edad, género, edad desde la que asiste al mismo colegio) como clínicos (niveles de impulsividad, prevalencia de últimos tres meses de uso de sustancias, comparación entre grupos de acuerdo a prevalencia de últimos tres meses de uso de sustancias) se utilizaron técnicas descriptivas de tipo paramétricas: medias, frecuencias, *T* de Student para diferencia de medias y *Chi*² para la diferencia de frecuencias entre dos grupos.

Resultados

Sociodemográficos

El total de muestra (n=390) pertenecía a un colegio de educación secundaria de carácter público mayormente conformada por mujeres (62,3%). La edad media para el total de la muestra fue de 15 años y se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad en la comparación por género siendo mayores los varones.

Según se observa en la Tabla 1 las mujeres asisten al mismo colegio, en promedio, desde una edad menor que los varones. En relación a los núcleos de convivencia, también en Tabla 1, los integrantes de la muestra mayormente vivían con ambos padres y luego con solo uno de los padres.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Total (n=390)	Varones (n= 147)	Mujeres (n=243)	<i>p</i>
Edad (DE)	15,04 (1,71)	15,31 (1,72)	14,88 (1,69)	0,016*
Curso al que asiste (DE)	3,49 (1,45)	3,53 (1,40)	3,46 (1,49)	0,63
Edad desde que asiste al mismo colegio (DE)	13,03 (1,87)	13,28 (1,88)	12,89 (1,84)	0,04*
Núcleos de convivencia			χ^2	
Ambos padres (%)	214 (54,9)	86 (58,5)	128 (52,7)	5,853
Solo uno de los padres (%)	152 (39,0)	53 (36,1)	99 (40,7)	
Abuelos (%)	5 (1,3)	3 (2,0)	2 (0,8)	
Tíos (%)	1 (0,3)	1 (0,7)	0	
Solo (%)	1 (0,3)	0	1 (0,4)	
Otros (%)	17 (4,4)	4 (2,7)	13 (5,3)	

p*<0,05; *p*<0,01

En la Tabla 2 se pueden observar los resultados de la evaluación de las medidas de impulsividad para la muestra total y por género. Como se puede observar entre las subescalas para la muestra total y los géneros el nivel de impulsividad más elevado fue de la impulsividad no planeada. La impulsividad total para la muestra general como para los géneros fue media. Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los valores de varones y mujeres en la impulsividad motora en donde las

mujeres mostraron una puntuación más elevada.

Las sustancias con mayor prevalencia de uso en los últimos tres meses fueron para la muestra general y para ambos géneros: alcohol, tabaco y cannabis. Observamos en la Tabla 3 una diferencia estadísticamente significativa entre los géneros en función de la prevalencia de consumo de los últimos tres meses de manera tal que un mayor porcentaje de los varones usaron en los últimos tres meses cannabis.

Tabla 2. Resultados escala de impulsividad para muestra total y por género

	Total (n=390)	Varones (n=147)	Mujeres (n=243)	p
Impulsividad cognitiva	16,29 (5,78)	16,39 (5,54)	16,23 (5,89)	0,79
Impulsividad motora	19,37 (7,46)	17,80 (6,83)	20,31 (7,69)	0,01**
Impulsividad no planeada	19,51 (6,57)	19,62 (6,24)	19,44 (6,77)	0,79
Impulsividad total	55,68 (15,62)	54,46 (15,39)	56 (15,75)	0,23

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 3. Prevalencia de últimos 3 meses de uso de sustancias para la muestra total y por género

		Total (n=390)	Varones (n=147)	Mujeres (n=243)	Z
Tabaco (%)	Con prevalencia	159 (40,8)	56 (38,1)	103 (42,4)	0,699
	Sin prevalencia	231 (59,2)	91 (61,9)	140 (57,6)	
Alcohol (%)	Con prevalencia	274 (70,3)	99 (67,3)	175 (72,0)	0,956
	Sin prevalencia	116 (29,7)	48 (32,7)	68 (28,0)	
Cannabis (%)	Con prevalencia	83 (21,3)	43 (28,6)	41 (16,9)	7,486**
	Sin prevalencia	307 (78,7)	105 (71,4)	202 (83,1)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En la comparación de impulsividad entre los grupos con prevalencia en los últimos tres meses de tabaco observamos dos diferencias estadísticamente significativas; la primera indica que el grupo total con prevalencia de últimos tres meses de la citada sustancia presenta una impulsividad motora mayor y, la segunda, muestra en las mujeres usuarias de tabaco una impulsividad (también motora) mayor que la de aquellas mujeres que no usaron la sustancia durante los últimos tres meses (Tabla 4).

Podemos distinguir, también en la Tabla 4, que existen dos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo total con prevalencia de últimos tres meses de uso de alcohol y el grupo total sin prevalencia; las diferencias nombradas indican que el grupo de quienes han usado alcohol en los últimos tres meses muestran una mayor impulsividad motora y una mayor impulsividad general. En cuanto a estos dos tipos de impulsividad se observan dos diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre mujeres con y sin prevalencia de uso de alcohol en los últimos tres meses en donde las mujeres que usaron la sustancia recientemente muestran niveles de impulsividad motora y total mayor que los de las mujeres que no usaron la sustancia en los últimos tres meses.

En la comparación de impulsividad de los grupos en relación al uso o no de cannabis se observa en la Tabla 4 una diferencia estadísticamente significativa que indica que el grupo que total con prevalencia de uso de cannabis en los últimos tres meses mostró un nivel de impulsividad no planificada más alto que el grupo total que no uso la misma sustancia durante los últimos tres meses. En la comparación por género parece ser que esta diferencia se diluye ya que no existió divergencia entre los niveles de este constructo de la impulsividad entre varones y mujeres.

Cuando se compararon los niveles de impulsividad entre varones y mujeres con prevalencia de uso de las diferentes sustancias en los últimos tres meses se hallaron diferencias estadísticamente significativas en un aspecto común, independientemente de la sustancia observada. Las mujeres mostraron niveles de impulsividad motora significativamente mayores que los de los varones tanto para alcohol como para tabaco y cannabis.

En la comparación por género de quienes han usado tabaco en los últimos tres meses, Tabla 5, observamos una diferencia estadísticamente significativa que indica una impulsividad motora mayor entre las mujeres.

Tabla 4. Impulsividad según prevalencia de últimos tres meses de diferentes sustancias para la muestra general y por género

Tabaco									
	Total con prevalencia (n=159)	Total sin prevalencia (n=231)	p	Varones con prevalencia (n=56)	Varones sin prevalencia (n=91)	p	Mujeres con prevalencia (n=103)	Mujeres sin prevalencia (n=140)	p
Imp. Cognitiva	16,01 (6,08)	16,48 (5,52)	0,43	15,89 (5,52)	16,70 (5,56)	0,39	16,08 (6,40)	16,34 (5,51)	0,73
Imp. Motora	20,83 (7,29)	18,36 (7,43)	0,001**	18,55 (7,18)	17,35 (6,60)	0,32	22,02 (7,08)	19,02 (7,88)	0,002**
Imp. No planeada	19,00 (6,51)	19,86 (6,51)	0,28	18,62 (6,23)	20,24 (6,20)	0,12	19,21 (6,68)	19,61 (6,85)	0,65
Impulsividad Total	56,37 (15,28)	55,20 (15,87)	0,46	53,75 (16,00)	54,90 (15,09)	0,66	57,80 (14,77)	55,40 (16,41)	0,24
Alcohol									
	Total con prevalencia (n=274)	Total sin prevalencia (n=116)	p	Varones con prevalencia (n=99)	Varones sin prevalencia (n=48)	p	Mujeres con prevalencia (n=175)	Mujeres sin prevalencia (n=68)	p
Imp. Cognitiva	16,46 (5,65)	15,89 (6,00)	0,37	16,40 (5,17)	16,47 (6,29)	0,97	16,49 (5,92)	15,55 (5,81)	0,26
Imp. Motora	20,32 (7,61)	17,12 (6,62)	0,00**	17,94 (6,57)	17,52 (7,38)	0,72	21,66 (7,84)	16,85 (6,06)	0,00**
Imp. No planeada	19,68 (6,56)	19,09 (6,60)	0,41	19,74 (6,10)	19,74 (6,10)	0,73	19,65 (6,82)	18,89 (6,66)	0,43
Impulsividad Total	56,97 (15,37)	52,63 (15,87)	0,012*	54,72	53,91 (17,09)	0,76	58,24 (15,69)	51,73 (15,02)	0,00**
Cannabis									
	Total con prevalencia (n=83)	Total sin prevalencia (n=307)	p	Varones con prevalencia (n=42)	Varones sin prevalencia (n=105)	p	Mujeres con prevalencia (n=41)	Mujeres sin prevalencia (n=202)	p
Imp. Cognitiva	15,89 (5,90)	16,40 (5,72)	0,47	15,57 (5,70)	16,72 (5,46)	0,25	16,21 (6,15)	16,23 (5,85)	0,98
Imp. Motora	19,79 (7,24)	19,25 (7,53)	0,56	17,83 (6,59)	17,80 (6,95)	0,97	21,80 (7,40)	20,01 (7,73)	0,17
Imp. No planeada	18,22 (6,76)	19,85 (6,48)	0,04*	18,21 (6,17)	20,19 (6,20)	0,08	18,24 (7,39)	19,68 (6,63)	0,21
Impulsividad Total	54,33 (15,24)	56,04 (15,73)	0,37	52,11 (14,62)	55,40 (15,66)	0,24	56,60 (15,71)	56,38 (15,79)	0,93

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En la comparación entre los grupos de varones y mujeres con prevalencia de uso de alcohol en los últimos tres meses se observa que las mujeres muestran un nivel de impulsividad motora significativamente mayor que los varones (Tabla 5).

La impulsividad motora es significativamente mayor también en el grupo de mujeres con prevalencia de los últimos tres meses de uso de cannabis en comparación con el grupo de varones con el mismo tipo de prevalencia (Tabla 5).

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue describir la relación entre el consumo de sustancias psicotrópicas de mayor prevalencia y su relación con los diferentes componentes del constructo impulsividad en una muestra de estudiantes de enseñanza básica secundaria de la ciudad de Córdoba. Para lograr dicho objetivo hubo que determinar las diferentes prevalencias de los últimos tres meses de uso de sustancias, seguido de evaluar los niveles de impulsividad y sus diferentes medidas en la

muestra general y según el género. Luego de lo anterior, comparar los niveles de impulsividad y sus constructos entre los sujetos usuarios y no usuarios de sustancias y, por último, comparar los niveles de impulsividad entre los usuarios de sustancias en función del género.

En función de los objetivos planteados nuestros hallazgos indican que en el caso de las sustancias legales (alcohol y tabaco) que no existen diferencias significativas en relación al su uso entre varones y mujeres. La posibilidad que esto sucediera fue reportada hace ya algunos años por algunas investigaciones (40) y, a pesar de que el resumen del Informe Mundial Sobre las Drogas (2016) indique que la equiparación en los porcentajes de consumo entre varones y mujeres tiende a desaparecer hacia fases de la adultez (2), las consecuencias podrían ser graves en tanto las mujeres siempre se ven más afectadas que los varones cuando consumen alcohol y/o tabaco (41).

En cuanto a la prevalencia de uso de los últimos tres meses de cannabis los varones fueron quienes mostraron una mayor prevalencia. El dato anterior, lejos de ser llamativo, es un evento ya reportado en diversos

Tabla 5. Comparación de niveles de impulsividad de acuerdo al género en usuarios de sustancias

Tabaco			
	Varones con prevalencia (n= 56)	Mujeres con prevalencia (n=103)	p
Imp. Cognitiva	15,89 (5,52)	16,08 (6,40)	0,84
Imp. Motora	18,55 (7,18)	22,02 (7,08)	0,003**
Imp. No planeada	18,62 (6,23)	19,21 (6,68)	0,58
Impulsividad Total	53,75 (16,00)	57,80 (14,77)	0,11
Alcohol			
	Varones con prevalencia (n=99)	Mujeres con prevalencia (n=175)	p
Imp. Cognitiva	16,40 (5,17)	16,49 (5,92)	0,89
Imp. Motora	17,94 (6,57)	21,66 (7,84)	0,00**
Imp. No planeada	19,74 (6,10)	19,65 (6,82)	0,91
Impulsividad Total	54,72 (8,42)	58,24 (15,69)	0,06
Cannabis			
	Varones con prevalencia (n=42)	Mujeres con prevalencia (n=41)	p
Imp. Cognitiva	15,57 (5,70)	16,21 (6,15)	0,62
Imp. Motora	17,83 (6,59)	21,80 (7,40)	0,01*
Imp. No planeada	18,21 (6,17)	18,24 (7,39)	0,98
Impulsividad Total	52,11 (14,62)	56,60 (15,71)	0,18

*p<0,05; **p<0,01

estudios e informes. Según el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* los varones usan de 2 a 3 veces más drogas ilegales que las mujeres (42) y estas últimas son susceptibles, mayormente, de utilizar drogas de prescripción en igual o mayor porcentaje que los varones (como es el caso de opiáceos y tranquilizantes) como confirma el reporte de las Naciones Unidas (47).

Los resultados de la evaluación de los niveles de impulsividad muestran valores medios para la muestra general y para cada uno de los géneros evaluados. En la comparación por género, sin tener en cuenta el uso de sustancias, se observó entre los resultados, que las mujeres presentan una mayor impulsividad motora que los varones y ésta diferencia es significativa. Respecto a lo anterior, frecuentemente, se repite que los hombres participan en conductas impulsivas y de riesgo con mayor frecuencia que las mujeres y que, de hecho, tienen una tasa de mortalidad más elevada que las mujeres por actos impulsivos (45) lo cual sería contradictorio con este primer hallazgo. Sin embargo, múltiples investigaciones, desde la perspectiva evolucionista, insisten en que hay diferencias entre los géneros y que las mujeres pueden ser más impulsivas que los varones (46) y que esto puede deberse a que los varones tienen una menor capacidad para esperar una recompensa (o gratificación) y por esto toman decisiones más apresuradas pero que, las mujeres, a pesar de poder esperar más por gratificación, cometen mayor cantidad de errores por ser menos capaces de inhibirse (44). Hosseini-Kamkar

y Morton (2014) indican, de todas maneras, que en la vida adulta estas diferencias tienden a desaparecer y que una de las razones potenciales es la activación de los efectos de las hormonas sexuales que podrían modular en las mujeres los circuitos neurales que subyacen a la auto regulación (46). Los hallazgos resultantes de esta investigación son, al menos en parte, congruentes con la literatura internacional existente que afirma que los adolescentes que consumen sustancias muestran mayores índices de impulsividad en general (15, 26, 30, 31, 33), aunque los resultados, según observamos, parecen variar de acuerdo al tipo de sustancias y al género.

Históricamente las diferencias entre los géneros en cuanto a su relación con las sustancias han sido poco o nada estudiadas; varones y mujeres no han recibido igual atención y siempre se ha comprendido que los varones son más impulsivos que las mujeres; sin embargo, los estudios más cuidadosos (desde el punto de vista metodológico) afirman lo contrario (43). Las diferencias entre los géneros están presentes en los rasgos de la personalidad y comportamientos como la impulsividad (39).

En cuanto al consumo de alcohol los estudios de Townshend & Duka (2005) y de Nederkoorn, Baltus, Guerrieri & Wiers (2009) indican que entre los adolescentes denominados grandes bebedores las mujeres son, en comparación con los varones, quienes muestran un control inhibitorio significativamente menor (49, 50). En otro estudio Reed, Levin y Evans (2012) expresa que

las mujeres adolescentes que son grandes bebedoras muestran un incremento en su impulsividad y que esto es un serio indicador de tener un riesgo más elevado para el desarrollo de trastornos relacionados con la bebida y de verse envueltas en mayor cantidad de comportamientos de riesgo (51). Otro estudio con resultados similares fue el de Waldeck & Miller (1997) que hallaron en su investigación realizada sobre jóvenes adultos que las mujeres con mayor consumo de alcohol y tabaco se mostraban más impulsivas que aquellas que consumían en pocas cantidades (52). Dato que también confirma, en cuanto al tabaco, el estudio de Fields, Collins, Leraas y Reynolds (2009) en el cual han señalado que la impulsividad en las mujeres aumenta de acuerdo a sustancias específicas como es el caso del consumo de tabaco (48).

Sobre el uso de cannabis e impulsividad varios estudios han consignado que los usuarios de esta sustancia muestran mayores niveles de impulsividad que quienes no la utilizan y que, estos incrementos en la impulsividad, no solo representan un riesgo general para la salud mental, sino que además incrementa la vulnerabilidad de los usuarios en cuanto a la capacidad de auto regularse haciéndolos más propensos a verse envueltos en comportamientos de riesgo o problemáticos (27, 25). A pesar de lo descrito, la literatura no ha señalado aún la diferencia hallada en esta investigación en donde las mujeres usuarias de cannabis muestran una mayor impulsividad motora. Que otros estudios no hayan hecho el anterior hallazgo podría deber a dos motivos al menos: el primero de ellos, podría ser el hecho de que frecuentemente las muestras de estudios de drogas tienen regularmente una participación mayor de población masculina, el segundo, que, entre los varones, los porcentajes de usuarios de cannabis son superiores al de las mujeres, lo cual sucede en el presente estudio, sin embargo, la diferencia persiste.

Como se expresó, no existen muchos estudios que intenten describir el rol de la impulsividad y el uso de droga, y mucho menos haciendo un énfasis en el efecto modulador del género. Quizá el estudio de Perry et al. (2013) sea el estudio de que una manera más cercana haya obtenido resultados similares al presente estudio al evaluar cohortes de sujetos con trastornos por dependencia en estado de abstinencia entre los cuales encontraron mayores niveles de impulsividad en las mujeres (para todas las sustancias) y que, por sobre otros componentes de la impulsividad, la impulsividad motora fue la más elevada (37). La explicación de los autores respecto al nombrado incremento de la impulsividad motora en las mujeres hace referencia a aspectos neuro-endócrinos específicos que indicarían que la presencia de estradiol incrementaría la actividad locomotora (37), sin embargo, una mayor cantidad de estudios son necesarios para confirmar estos mecanismos.

Por último, y en conclusión: a- la sustancia con mayor prevalencia entre las tres evaluadas fue el alcohol, seguida del tabaco y el cannabis; b- entre varones y mujeres no hay diferencias en cuanto a la prevalencia de los últimos tres meses del uso de tabaco y alcohol;

si hubo diferencias en cuanto al cannabis, los varones tuvieron una mayor prevalencia de uso que las mujeres; c- entre los adolescentes con uso de sustancias los niveles de impulsividad son más elevados respecto de aquellos que no usaron sustancias en los últimos tres meses; d- los varones usuarios de sustancias no son significativamente más impulsivos que los no usuarios; e- las mujeres usuarias de sustancias (tabaco y alcohol) son significativamente más impulsivas que las mujeres no usuarias y, por otra parte, significativamente más impulsivas que los varones usuarios de sustancias al menos en el componente motor de la impulsividad, incluyendo el cannabis.

Tanto los hallazgos de este estudio, como las posibles implicaciones de los mismos, hacen necesario pensar en una serie complementaria de factores que explican, por un lado, de manera potencial el porqué del aumento de la medida de impulsividad motora en las mujeres, así como las hipótesis de lo que puede suceder de acuerdo a la evolución del fenómeno en este sentido.

Desde el punto de vista biológico pareciera que la diferencia de la impulsividad entre los sexos, en donde los varones son más impulsivos que las mujeres, se daría en fases tempranas del desarrollo y que, luego, las mujeres serían más impulsivas que los varones, siempre y cuando no se encuentren en la etapa fértil del ciclo menstrual (37, 46).

Continuando con la serie, y desde una visión social, es dable pensar en que los cambios recientes que se han dado, particularmente en la sociedad occidental en donde se han diversificado o ampliado los roles de las mujeres a diferentes campos (laboral, educativo, político y cultural; aunque no precisamente en condiciones igualitarias), han mejorado sustancialmente la condición de las mujeres aumentando su libertad e independencia; sin embargo, estos cambios también habrían incrementado su vulnerabilidad la cual estaría asociada a un aumento considerable en el uso de sustancias (57). A lo anterior se suma el hecho, creciente, de que la percepción de riesgo que se tiene sobre ciertas drogas, en particular el cannabis, es baja por considerarse una droga blanda (58).

Es dable pensar en las potenciales implicaciones que tienen estos hallazgos también desde diferentes lugares. Desde el punto de vista social, el aumento del consumo por parte de las mujeres y el consecuente aumento de la impulsividad podría tener diferentes consecuencias. Por una lado, el uso de sustancias por parte de las mujeres supone un mayor estigma social desde el punto de vista que son objetadas por el corrimiento de los roles femeninos estereotipados (59), situación que, incluso, es criticada por algunas mujeres que creen que el rol de la mujer dentro del seno familiar se modifica y que pierden características netamente femeninas (57); esta estigmatización hace que las mujeres se sientan culpables y avergonzadas y esto se traduce en una barrera más para pedir u obtener tratamiento (60). Desde otro lugar, existen múltiples obstáculos sociales y estructurales que obstaculizan el acceso de las mujeres a tratamiento por

consumo de sustancias y cuando acceden comúnmente los abandonan más prontamente, esto quizá ligado a una falta de perspectiva terapéutica diferenciadora de las características propias de cada sexo y menor apoyo familiar durante el tratamiento (57, 59). Incluso, algunos estudios señalan que las mujeres con problemas de drogas son más propensas a ser separadas de sus familiares (en particular de sus hijos) que los varones (61).

Desde el punto de vista biológico y de la salud física se conoce, desde hace algunos años, que el consumo de sustancias tiene peores y más rápido efectos en las mujeres que en los varones a pesar de que existan más varones que mujeres consumidoras. Las mujeres aumentan las cantidades y frecuencias de las dosis de drogas más rápidamente que los varones; suelen utilizar dosis más altas y experimentar mayor cantidad de efectos adversos. Por otra parte, las mujeres padecerían síndromes de abstinencias más graves que los varones (al menos para algunas drogas) y, por otra parte, son más propensas a las recaídas tras el tratamiento o la suspensión voluntaria del consumo (62). Por último, la literatura indica que las mujeres escalan del consumo de la dependencia de manera mucho más veloz que los hombres, a esto se le ha denominado fenómeno del *telescoping* (63).

A las implicaciones sociales y biológicas, se le añaden las potenciales, o no tanto, implicaciones penales.

El aumento del uso de sustancias y el consecuente aumento de la impulsividad motora ha puesto a las mujeres en nuevos escenarios legales. Por una parte, la población carcelaria de mujeres sindicadas por delitos relacionados con drogas ha aumentado de manera exponencial y desproporcionada con respecto a los varones en los últimos años (64). Por otra parte, el aumento de la impulsividad motora implica que potencialmente las mujeres se impliquen en comportamientos denominados antisociales (caracterizados por baja tolerancia a la frustración o un umbral de descarga de agresividad bajo) dando lugar incluso a comportamientos de tipo violentos e implicándose en situaciones de imputabilidad (65).

Los anteriores hallazgos son de considerable importancia de acuerdo a que gracias a estos resultados se pueden diseñar y utilizar tratamientos basados en la evidencia con un enfoque diferencial de género tanto en la prevención del inicio de uso de sustancias en la adolescencia temprana como también en el tratamiento de problemas relacionados con sustancias ya establecidos y en la prevención de recaídas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. UNODC. Informe mundial sobre las drogas 2017. Resumen. Conclusiones y consecuencias en materia de políticas.: UNODC research; 2017.
2. UNODC. Informe Mundial Sobre Drogas: Reporte Ejecutivo. Resumen ejecutivo. GENEVA.; 2016.
3. SEDRONAR. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. Factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. Técnico. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas; 2017.
4. SEDRONAR. Informe estadístico y geográfico sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR y otros organismos públicos y privados. Provincia de Córdoba. Observatorio Argentino de Drogas. ; 2016.
5. Kandel D, Logan J. Pattern of drugs use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*. 1984; 74: p. 660-666.
6. Sánchez Martín T, Arroyo Ferrer A, Azcona Alberquilla A. Relación entre consumo de sustancias, búsqueda de sensaciones, impulsividad y síndrome de abstinencia. *Reduca*. 2014; 6(4): p. 312-321.
7. Bratek A, BJ, JK, BM, KK, & KMI. Association of early drinking onset with subsequent alcohol abuse. *Psychiatry Danubiana*. 2013; 25 Suppl: p. 99-101.
8. Odgers C, Caspi A, Nagin D, Piquero A, Slutke W, Milne B, et al. Is it important to prevent early exposure to drugs and alcohol among adolescents? *Psychol Sci*. 2013; 10(10): p. 1037-1044.
9. Grant B, Dawson D. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*. 1997; 9: p. 103-110.
10. Becoña E, Cortes M. Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación Barcelona: Sociodrogalcohol; 2010.
11. Clayton R. Transitions in drugs use: Risk and protective factors.. In Glantz M&PR. *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC. : American Psychological Association.; 1992. p. 15-51.
12. Hasin D, Stinson F, Ogburn E, Grant B. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(7): p. 830-42.
13. Fleury M, Grenier G, Bamvita J, Perreault M, Caron J. Predictors of Alcohol and Drugs Dependence. *Can J Psychiatry*. 2014; 59(4): p. 203-212.
14. Boys AMJ, Griffiths P, Fountain J, Stillwell G, Strang J. Substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions. *Addictions*. 1999; 94: p. 1043-1050.
15. Martínez-Loredo V, Fernández-Hermida J, Fernández-Artamendi S, Carballo J, García-Cueto E, García-Rodríguez O. The association of both self-reported and behavioral impulsivity with the annual prevalence of substance use among early adolescents. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2015; 10(23): p. 10 - 23.

16. Medina M, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván F, Tapia R. Uso de drogas psicotrópicas por estudiantes: prevalencia e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2): p. 277-283.
17. Evenden J. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*. 1999; 146(4): p. 348-361.
18. Chassin L, Flora D, King K. Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*. 2004; 113(4): p. 483-498.
19. Wanner B, Vitaro F, Landuceur R, Tremblay R. Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence: a person- and variable-centered developmental approach. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(4): p. 566-580.
20. Kendler K, Prescott C, Myers J, Neale M. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(9): p. 929-937.
21. Verdejo-García A, Lawrence A, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 32 (2008) 777–810. 2008; 32: p. 777–810.
22. Bechara A. Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *Journal of Gambling Studies*. 2003; 19: p. 23-51.
23. Goldstein R, Volkow N. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: p. 1642-1652.
24. Chanraud S, Martelli C, Delain F, Kostogianni N, Douaud G. Brain morphometry and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacology*. 2007; 32: p. 429-438.
25. Temple E, Brown R, Hine D. The `grass ceiling`: limitations in the literature hinder our understanding of cannabis use and its consequences. *Addiction*. 2011; 106: p. 238-244.
26. Farley J, Ki-Spoon J. Longitudinal Associations among Impulsivity, Friend Substance Use, and Adolescent Substance Use. *J Addict Res Ther*. 2015 Oct; 6(2).
27. Ansell E, Laws H, Roche M, Sinha R. Effects of marijuana use on impulsivity and hostility daily life. *Drug Alcohol Depend*. 2015 January; 1(0): p. 136-142.
28. Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Molero M, Cardila F, Martos A, Bsarragan A, et al. Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2015; 5(3): p. 371-382.
29. Calvete E, Estévez A. Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*. 2009; 21(1): p. 45-56.
30. Nigg J, Wong M, Martel M, Jester J, Puttler L, Glass J, et al. Poor response inhibition as a predictor of problem drinking and illicit drug use in adolescents at risk for alcoholism and other substance use disorders. *J Am Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Apr; 45(4): p. 468-75.
31. Fernie G, Peeters M, Gullo M, Christiansen P, Cole J, Sumnall H, et al. Multiple behavioural impulsivity tasks predict prospective alcohol involvement in adolescents. *Addiction*. 2013 Nov; 108(11): p. 1916-23.
32. Caña M, Michelini Y, Acuña I, Godoy J. Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Salud y drogas*. 2015; 15(1): p. 55-65.
33. Kaiser A, Bonsu J, Charnigo R, Milich R, Lynam D. Impulsive personality and alcohol use: bidirectional relations over a one year. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2016 May; 77: p. 473-482.
34. Salvo L, Castro A. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con la suicidalidad en adolescentes. *Rev Med Chil*. 2013; 141(4): p. 428-434.
35. Pilatti A, Fernández C, Viola A, García S, Pautassi R. Efecto recíproco de impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes Argentinos. *Salud y Drogas*. 2017; 17(1): p. 107-120.
36. Gervilla-García E, Palmer Pol A. Predicción del consumo de cocaína en adolescentes mediante árboles de decisiones. *Revista de Investigación en Educación*. 2009; 6(7): p. 7-13.
37. Perry R, Krmptich T, Thompson L, Mikulich-Gilberston S, Banich M, Tanabe J. Sex modulate approach systems and impulsivity in substance dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 133(1): p. 222-227.
38. Marazziti D, Baroni S, Masala I, Golia F, Consoli G, Massimetti G, et al. Impulsivity, gender, and the platelet serotonin transporter in healthy subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; 6: p. 9-15.
39. Mitchell M, Potenza M. Importance of sex differences in impulse control and addictions. *Frontiers in psychiatry*. 2015; 6(24).
40. Blanco Zamora P, Sirvent Ruiz C, Palacios Ajuria L. Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y Drogas*. 2005; 5(2): p. 81-98.
41. Mucha L, Stephenson J, Morandi N, Dirani R. Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gender Medicine*. 2006; 3(4): p. 279-291.
42. EMCDDA. Differences in patterns of drugs between women and men. *Swiss*; 2005.
43. Kirby K, Marakovic N. Modeling myopic decision: evidence for hyperbolic delay-discounting within subjects and amounts. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1995; 64: p. 22-30.
44. Weafer J, De Wit H. Sex differences in impulsive action and impulsive choice. *Addict Behav*. 2014; 39: p. 1573-1579.
45. Kruger D, Nesse R. An evolutionary life-history framework for understanding sex differences in human mortality rates. *Human Nature*. 2006; 17: p. 74-97.
46. Hosseini-Kamkar N, Morton J. Sex differences in self regulation: an evolutionary perspective. *Front Neurosci*. 2014; 8(233): p. 1-8.
47. United Nations. Policy Brief on Gender Drugs. Washington; 2014.
48. Fields S, Collins C, Leraas K, Reynolds B. Dimensions of impulsive behavior in adolescent smokers and nonsmokers. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2009; 17: p. 301-11.
49. Townshend J, Duka T. Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: p. 317-25.
50. Nederkoorn C, Baltus M, Guerrieri R, Wiers R. Heavy drinking is associated with deficient response inhibition in women but not in men. *Pharmacol Biochem Behav*. 2009; 29: p. 331-336.
51. Reed S, Levin F, Evans S. Alcohol increases impulsivity and abuse liability in heavy drinking women. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2012; 20(6): p. 454-465.
52. Waldeck T, Miller L. Gender and impulsivity differences in licit substance use. *Journal of Substance use*. 1997; 9: p. 269-275.
53. Patton J, Stanford M, Barratt E. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51: p. 768-774.

54. Stanford M, Mathias C, Dougherty D, Lake S, Anderson N, Patton J. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47: p. 385-295.
55. Oquendo M, Baca-garcía E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann J. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*. 2001; 15: p. 147-155.
56. Organización Mundial de la Salud. ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias Washington: World Health Organization; 2011.
57. Pérez-Gómez A, Correa-Muñoz M. Identidad femenina y consumo de sustancias: un estudio cualitativo. *Liberabit*. 2011 junio; 17(2).
58. Galván G, Guerrero-Martelo VDIHF. Cannabis: una ilusión cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2017; 45(2): p. 95-102.
59. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial Sobre Drogas: Resumen ejecutivo. Ginebra: UNODC: Research; 2015.
60. Copeland J. A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviors. *Journal of Substance Abuse and Treatment*. 1997; 4: p. 183-190.
61. Ashley O, Marsden M, Brady T. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*. 2003; 29(1): p. 19-53.
62. Becker J, McClellan M, Glover Reed B. Sex differences, gender and addiction. *J Neurosci Res*. 2017 Feb; 95(1-2): p. 136-147.
63. Mark K, Clark C. The Telescoping phenomenon: origins in gender bias and implication for contemporary scientific inquiry. *Substance Use and Misuse*. 2018 May; 53(6): p. 901-909.
64. Organización de los Estados Americanos. Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento Bogotá: OEA; 2016.
65. Villarejo Ramons A. Las bases biopsicologicas de la impuntabilidad en la conducta impulsiva. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2012 Abril, 18(2); <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062012000200003>

Historia y fundamentos de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA), 1993/2019.

Entrevista a Jorge Luis Pellegrini

Por Juan Carlos Stagnaro

Jorge Luis Pellegrini, médico psiquiatra, fundador de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA), uno de los aportes originales de nuestra especialidad, fue también el impulsor de la transformación en la atención psiquiátrica de la provincia de San Luis. Entre otras distinciones en 2005 recibió el Premio Genève de la Asociación Mundial de Psiquiatría por su trayectoria en defensa de los Derechos Humanos en la psiquiatría.

Las muletas

Durante siete años no pude dar un paso.

Cuando fui al médico me preguntó:

“¿Por qué llevas muletas?”

Y yo le dije:

“Porque estoy tullido”

“No es extraño” me dijo.

“Prueba a caminar:

son esos trastos los que te impiden andar.

Anda, atrévete, arrástrate en cuatro patas”.

Riendo como un monstruo
me quitó mis hermosas muletas,
las rompió en mis espaldas y, sin dejar de reír,
las arrojó al fuego.

Ahora estoy curado:

me curó una carcajada.

Tan sólo a veces, cuando veo palos,
camino algo peor por unas horas

Bertolt Brecht

Vertex: Con esta entrevista pretendemos contribuir a difundir entre nuestros lectores un conocimiento más preciso acerca de los Grupos Institucionales de Alcoholismo que creaste e impulsaste desde hace años. Empecemos entonces con el relato de porqué y cómo surgió esa novedosa propuesta.

Jorge Luis Pellegrini (JLP): El 15 de febrero de 1984 se inició la experiencia de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA) en el Hospital Zonal “Dr. Francisco López Lima” en General Roca, Río Negro. Luego de terminada la dictadura me fue restituido el cargo en dicho hospital del cual había sido expulsado siete años antes. Fundamos el Servicio de Salud Mental de ese hospital general, en el cual habíamos decidido que las breves internaciones se harían en la Sala de Clínica Médica.

Retomé el trabajo con pacientes alcohólicos iniciado en 1975, interrumpido en marzo del año siguiente como consecuencia del Golpe Militar. Mi regreso al hospital fue uno de los días más felices que recuerdo. Era una época de optimismo e ilusiones tras la terrible devastación dictatorial. *“Con la Democracia se cura...”*, era uno de los lemas repetidos por entonces.

A poco andar se fundó otro grupo terapéutico para asistir enfermos alcohólicos en el Hospital de Luis Beltrán, situado en el Valle Medio del Río Negro, a 200 km. de General Roca, a cargo del Dr. Luis Di Giácomo, médico psiquiatra, y el Sr. Domingo Tomadini, paciente recuperado. Se reiteraba allí la experiencia roquense integrando en la coordinación grupal a un profesional de la salud y a un paciente recuperado, ya que el Sr. Ricardo Antoli, rehabilitado en A.A., y luego formado

como Agente Sanitario, me acompañaba en la coordinación del "López Lima".

Quincenalmente, los compañeros del Valle Medio viajaban a Roca para intercambiar experiencias, hasta que en julio de ese año '84 hicimos la primera jornada pública en Luis Beltrán, organizada por ambos grupos, con la ayuda del municipio y del obispo Miguel Esteban Hesayne.

Al año siguiente un paciente enviado por la Dra. Rosa Alonso, médica psiquiatra del Servicio de Salud Mental de Bariloche, viajó a Roca para formarse. Se trataba del Sr. Luis Leiva quien consolidaba su recuperación hospitalaria formándose como futuro coordinador junto a la Dra. Alonso. Serían ellos al año siguiente quienes organizarían en Bariloche las Primeras Jornadas Regionales de Alcoholismo en el Hospital "Ramón Carrillo" de esa ciudad rionegrina.

Los GIA no tenían aún esa denominación. Fue la práctica profesional, científica y social posterior, la que un día los bautizó como hoy se los conoce.

En este breve relato de sus orígenes aparecen ya sus principios fundacionales.

En primer lugar *el carácter grupal*. La experiencia clínica señalaba que los abordajes individuales carecían de la necesaria eficacia: la prolongada tarea de rehabilitación conocida, mostraba que mientras podía lograrse una cura o rehabilitación individual, el proceso de alcoholización social producía miles de enfermos nuevos. Era necesario crear una herramienta capaz de dar cuenta de ese fenómeno. A poco andar, los familiares y personas allegadas fueron integradas al mismo grupo, porque también ellos eran alcanzados por el proceso de alcoholización. Nosotros habíamos empezado con un grupo de familiares por un lado, y de afectados por otro, pero esto fomentaba el silenciamiento y negación que se da en las familias y en el medio social, en el que se habla a espaldas de los enfermos, quienes saben que eso sucede, con lo cual se los aísla de su medio dejándoles como única alternativa social "*la mala junta*".

En segundo lugar *el carácter institucional de la tarea*. Ello implica que no son grupos marginales a los cuales el espacio les resulta indiferente. Si partimos del hecho epidemiológico podemos verificar que se trata del principal problema sanitario del mundo, como lo dice el Informe de la OMS de 2017, es el hospital público el que debe dar cuenta de él habilitando en su planificación de actividades un espacio, un tiempo y recursos para la asistencia, rehabilitación, prevención, investigación y docencia abordando el problema. Se trata de una lucha diaria para lograrlo, pero los GIA muestran que es posible. Y también necesario, porque, pese al desmantelamiento de la salud pública que arrastramos desde hace décadas, el hospital público sigue siendo la referencia de millones de argentinos, y también de muchos sudamericanos que vienen a atenderse en nuestro país, y que sólo tienen esa institución sanitaria para asistir su salud. Por otra parte, un enfermo alcohólico y su familia son personas cuyo padecimiento no es sólo mental: *su cuerpo grita* los efectos de la adicción, y el hospital con su oferta sanitaria es la única institución que puede asistir la enfermedad en toda su complejidad.

En tercer lugar se debe destacar el *valor desocultante* de los GIA poniendo en evidencia la existencia de lo negado. En nuestro primer año de la experiencia esto se verificó en la estadística hospitalaria del hospital "López Lima". La misma informaba semestralmente, entre otros datos, lo referente a la internación hospitalaria en base a los egresos hospitalarios, tomando en cuenta las diez primeras causas. En el primer semestre, como en los años anteriores, el alcoholismo no figuraba entre esos primeros diez diagnósticos de egreso. Sin embargo, en el segundo semestre, figuraba en el primer lugar. ¿Qué había sucedido? La práctica del GIA había mostrado lo que la institución negaba, no quería ver, por lo que se consignaban diagnósticos asociados con el alcoholismo, pero sin mencionarlo.

La pertenencia institucional de los grupos determina en gran medida sus características: sus espacios, encuadre, recursos, horarios y oferta y demanda quedan ligados al devenir hospitalario. El mismo contrato terapéutico lo está, toda vez que el grupo es incluido en la oferta institucional, y cada mañana debe estar en consonancia con la misma acudiendo a la guardia, a la admisión, a la internación, al consultorio externo, a la interconsulta, a la visita domiciliaria, al servicio social, etc. Por eso son grupos abiertos y heterogéneos cuya composición, *setting*, técnicas, tareas, quedan articulados con la vida hospitalaria. Grupo e institución establecen una relación dialéctica que los implica recíprocamente.

En cuarto lugar se debe señalar que constituyen un *trabajo en red*. Hemos visto que, desde sus orígenes esta noción rigió la constitución de los grupos. No sólo para construir la actual Red Nacional GIA, sino también para participar de redes sociales e interinstitucionales, por ejemplo, con el Poder Judicial, el área de Educación, la Municipalidad, etcétera; desde una lectura global del proceso de alcoholización que lo muestra como un mecanismo de alcance social. Y esta noción reticular se proyecta también hacia adentro del grupo, en el que cada miembro es considerado un nudo de una gran red familiar, social, histórica que lo implica, convoca, interpela y funda.

En quinto lugar, y esto es muy importante, está el *carácter multi e interdisciplinario*, entendiendo que ello trasciende el marco profesional, al que incluye, apuntando a que quienes luchan por su recuperación pueden constituirse en excelentes multiplicadores de salud si reciben la consiguiente formación.

En sexto lugar, los GIA hacen una apelación a la *comunidad*, concebida como protagonista y no como espectadora del proceso, teniendo presente la noción de *daño social*, además del *daño individual*, de esta adicción, ya sea en la familia, el trabajo, el tránsito, la educación, la destrucción del tejido social, apuntando a la necesaria modificación de las conductas colectivas de negación y re-negación del problema.

Y, por último, los coordinadores de los grupos practican una *capacitación permanente* para conceptuar la tarea, reconociendo que lo permanente en la Natura-

leza y en la vida humana es el cambio, lo cual nos exige permanentemente revisar ideas y prácticas, es decir, fundarse epistemológicamente en la noción de *praxis*.

Vertex: Supongo que, aunque los principios enunciados estuvieron presentes desde el comienzo de la implementación de los GIA, ellos mismos se fueron modificando y enriqueciendo con la práctica. ¿Cómo fue la evolución de esa experiencia?

JLP: Albert Einstein nos enseñó que con el tiempo, no hay teoría que la práctica no modifique.

Recorriendo la bibliografía publicada en estos años, surge claramente que aparecen modificaciones, nuevos interrogantes y nuevas experiencias basadas en el reconocimiento de nuevos sufrimientos. Por citar un ejemplo actual: la relación entre alcohol y otras sustancias o dependencias, que siempre existió, alcohol, tabaco y juego, pero que, en la actualidad, ha cobrado otra magnitud por la masiva oferta de sustancias de circulación legal o ilegal determinantes de poliadicciones a polisustancias. Este fenómeno ha llevado a ampliar el marco conceptual, investigando la eficacia que el modelo GIA puede tener en estas problemáticas actuales, en las que el alcohol es acompañado por otras sustancias o actividades sociales como fiestas masivas, juego, recitales multitudinarios, Internet, actividad laboral, etc.

En aquellos inicios también están presentes los principios de incorporar el marco político sanitario y general. Esa lectura es la que permite entender en su complejidad las mismas intervenciones grupales; las facilitaciones u obstáculos institucionales; y el propio significado del proceso social de alcoholización. Por ello la permanente apelación al conjunto social y a los poderes públicos. Suelo recomendarles a los compañeros que no vayan al hospital sin antes haber leído el diario.

No resulta fácil sintetizar la evolución teórica de los GIA en estos treinta y cinco años. Mi formación médica no incluía conocimientos sobre alcoholismo, y durante mi carrera que cursé entre 1959 y 1966 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, cuyo nivel académico era muy bueno e incluso había perfeccionado su enseñanza gracias al sistema de la Unidad Hospitalaria que los estudiantes en su mayoría, junto a egresados y docentes sensibles, habíamos impulsado con enorme éxito y lucha, nunca había tenido una clase sobre esta problemática. Por lo tanto, debí aprender para responder a mis observaciones. Yo veía que ingresaban por Guardia del hospital de General Roca muchos pacientes alcoholizados y en crisis con distintas complicaciones. Eran internados y rápidamente dados de alta, sin que el diagnóstico de alcoholismo quedara asentado en la Historia Clínica. ¿Ignorancia? ¿Rechazo institucional? ¿Discriminación?...

Tomé entonces la decisión de investigar desde una práctica concreta con los afectados por la enfermedad, e ir respaldando mis observaciones con diversos materiales bibliográficos, empezando por los informes de las organizaciones sanitarias internacionales como los de la OMS, la OPS y otras, junto con bibliografía médica referida al tema. Simultáneamente busqué en la psiquiatría y el psicoanálisis publicaciones que iluminaran mi práctica. Me encontré con publicaciones descriptivas de casuística individual, con débiles hallazgos terapéuticos y una toma de distancia muy libre respecto de este padecimiento. En la Argentina había referencias en obras de autores como Domingo Cabred, Gonzalo Bosch, médicos socialistas de principios de siglo XX, Gregorio Bermann, Enrique Pichón Riviére o Mauricio Goldenberg. Revisando la Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina, sólo pude hallar cinco artículos en cuarenta años. Todo lo leído eran referencias o menciones, pero no trabajos donde el alcoholismo fuera la temática central. Esto último lo retomaría en un trabajo posterior publicado en 1995, *Alcoholismo y GIA*¹.

En esa dirección de investigar trabajando con los afectados y negados, se produce mi encuentro con las ideas y prácticas de la Dra. Diana Kordon y su equipo del Equipo Argentino de Investigación Psicosocial (EATIP), quienes, ya en épocas de la dictadura, a partir de su tarea profesional solidaria con los familiares de detenidos-desaparecidos, comenzaron a desarrollar un trabajo clínico grupal original y potente, que se fundaba en una noción sobre salud/enfermedad vinculada a una práctica social reparadora de las víctimas y del tejido social. Del mismo modo el concepto de transmisión trans-generacional del trauma nos amplió el conocimiento clínico del proceso de alcoholización en hijos, padres, familiares ascendentes o descendentes².

Vertex: Al leer tus escritos sobre alcoholismo se percibe una fuerte impronta pichoniana.

JLP: En efecto, en los '80 había comenzado a estudiar sistemáticamente la obra de Enrique Pichón Riviére que me resultó esclarecedora para interpretar nuestra realidad sanitaria, proporcionando un instrumento para su abordaje: los grupos operativos; no sólo como instrumentación técnica sino por la concepción del sujeto que ellos implican. También la noción de relación intersubjetiva, que me pareció un verdadero salto de calidad respecto de la idea de relaciones de objeto, y todo lo que ello conlleva como ruptura epistemológica.

Por eso en la primera publicación, de 1988 los GIA aparecen definidos "como grupos centrados en la tarea de la recuperación"³. Ese libro fue el primer esfuerzo de conceptualización teórica luego de cuatro años de práctica concreta.

¹ N. de la R.: Las itálicas en todo el artículo son nuestras y fueron colocadas para marcar los conceptos más enfáticamente remarcados por el entrevistado. Asimismo, las referencias bibliográficas fueron agregadas para ampliar el conocimiento de nuestros lectores respecto del tema de la entrevista. En este caso Pellegrini alude al libro de su autoría: *Alcoholismo y GIA*. San Luis: Ed. de San Luis, 1995.

² N. de la R.: Ver Kordon D et al. *Efectos psicológicos de la represión política*. Buenos Aires: Sudamericana/Planeta, 1986; entre otras obras de dicha autora y su equipo.

³ N. de la R.: Ver Pellegrini J, Di Giácomo L. *Alcohol, alcoholismo, alcohólicos*. Buenos Aires, Ed. Cinco, 1988.

Ya habíamos escrito un trabajo años antes en Gral. Roca con Ricardo Antoli. A fines de 1984 publicamos un breve folleto: *“Alcoholismo: enfermedad médico-social”*, cuyo contenido relataba un testimonio de un paciente internado que se había tratado en nuestro Grupo. Dicho folleto, cuya tapa incluía ese título teniendo como fondo una bandera argentina, fue editado por la Dirección Provincial de Salud Mental de Río Negro, a cargo del Dr. Carlos Cornaglia, y la autoría era del “Grupo Libertad”, que fue la primera denominación del GIA. Y allí se planteaba la alianza terapéutica entre dicho grupo y Alcohólicos Anónimos.

En 1987 habíamos escrito otro trabajo que se publicó en el primer número de la revista cordobesa *Encuentros para la Salud* intitulado: *Alcohol, alcoholismo, alcohólicos* en el que el grupo todavía se identificaba como “Grupo Libertad”. Vale decir que fue entre este artículo de 1987 y la publicación del primer libro al año siguiente con Di Giácomo, que los GIA adquirieron su identidad y tuvieron su bautismo. Llama la atención que el trabajo

buscaron en la Municipalidad de esa ciudad la posibilidad de realizar un trabajo que en su desarrollo logró una inserción comunitaria con afinidades y diferencias interesantes respecto de nuestra predominante experiencia sanitaria pública. Un aspecto que debe ser meditado es el peso, grande y directo, que tienen en la tarea de los GIA los avatares políticos institucionales.

Vertex: Los GIA surgieron en un contexto histórico e institucional en el que ya estaba presente la actividad de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA). ¿Cómo fue la relación entre ambas propuestas?

JLP: El debate con AA se saldó en 1992 cuando se realizaron las Jornadas Patagónicas de Alcoholismo en Caleta Olivia, Santa Cruz. En un panel, integrado por coordinadores ex-pacientes, que llevaba por título: *“¿Es curable el alcoholismo?, ¿Qué hace terapéuticos a los grupos?”*, se discutía quién sabía más sobre alcoholismo: si los pacientes por haberlo sufrido o los profesionales



para aquella revista y la obra en co-autoría un año después tengan el mismo título. Allí decíamos, lo reproduzco textualmente porque lo tengo aquí: “Concebimos al grupo como el sustento de la decisión individual de dejar de beber [...] El grupo se ofrece así como apuntalamiento de la decisión individual de dejar de beber”. Y, más adelante, señalábamos como una tarea del “Grupo Libertad”: “...la formación de *multiplicadores de salud*. Cada miembro del grupo insertado en su vida habitual realiza atención primaria basada en su propia experiencia rehabilitadora; muchas veces realiza tarea asistencial; y protagoniza junto con el grupo su propia rehabilitación. No se trata de tres tareas distintas sino de distintos momentos de un mismo proceso”.

En 1989 comenzó en Cipolletti, Río Negro, una experiencia original: el GIA, coordinado por las Licenciadas Mónica Pereira y Patricia Baños habilitó otro espacio público, el municipio. Luego de muchos ensayos infructuosos en el ámbito institucional de Salud Pública, ellas

por haberlo estudiado. Se trataba de la relación entre experiencia y sistematización del conocimiento en un proceso de aprendizaje abierto sin oponer ambos términos de la contradicción. Fue revelador escuchar a aquellos compañeros recuperados plantear la ampliación del conocimiento hacia la comprensión social, lo cual conllevaba afirmar la *curabilidad* de la enfermedad y la consiguiente pérdida de la estigmatización por un diagnóstico a perpetuidad que opera como marca en el orillo. El lugar central que ya ocupaba en nuestras ideas el tema de la *identidad* determinada por la pertenencia a una historia, una biografía personal, a un pueblo y a un momento social concreto, nos hacía ver que las claves que se encierran en nuestros nombres y apellidos; “lo que se cifra en el nombre”, como poetizaba Jorge Luis Borges en su “Milonga de Jacinto Chiclana”, nos llevaba a cuestionar el anonimato. Junto a ello nuestra inserción en los hospitales públicos como parte de la oferta institucional y no como habitantes de los mismos por fuera

de la planificación sanitaria, eran puntos de ruptura que nos permitieron, en su desarrollo, enriquecer nuestro propio modelo de trabajo, nuestros conocimientos y nuestra propia identidad. Los miembros del grupo no se definen por la sustancia que los dependiza sino por su nombre y apellido que remiten a una biografía personal, una historia social y una pertenencia cultural concreta.

Para entonces ya las enseñanzas de Fidel Moccio, con sus trabajos sobre creatividad; de Angel Fiasché con su mirada desde la psiquiatría social; de Ana Pampliega de Quiroga y sus aportes desde la psicología social, habían ampliado nuestros conocimientos brindándonos más elementos capaces de incidir en la realidad, para transformarla. Fue una larga conversación a mediados de 1991 en Rawson, Chubut, con Ana la que me permitió redefinir a los GIA. Surgía que la pertenencia institucional de los mismos les daba a éstos una identidad propia, y sin perder su raíz pichoniana, la letra I de su sigla aparecía como fundante. Son grupos institucionales insertos en la Salud Pública y sus hospitales abordando el principal problema sanitario de nuestro pueblo.

En esa época mi libro *"Gerónima"* publicado en 1982, y la enorme repercusión que logró con su versión filmada de 1986, planteó con mucha fuerza el tema de la identidad, y particularmente de la identidad grupal. Los aportes de Aimé Painé desde la cultura mapuche y de Rodolfo Casamiquela desde la antropología y la paleontología, contribuyeron al conocimiento más profundo de los modos regionales del proceso de alcoholización, que ya habíamos insinuado con Di Giácomo en nuestra primera publicación de 1988.

Casamiquela había señalado en 1982, en un artículo de la revista *Síntomas*, que al final, cuando uno investiga el eclipse de nuestras tribus, constata que prácticamente vivían embrutecidas por el alcohol... Eso ablandó, como decía Casamiquela: "El alcohol fue el ablande de la conquista".

Don Angel Fiasché decía por entonces que los GIA eran "culturalistas" y veían el problema desde la Teoría General de los Sistemas. En su Prólogo a *"Alcoholismo, identidad y grupo"*⁴ afirmaba, lo cito textualmente: "... en los GIA hay un discurso político específico del campo de la Salud Mental, donde lo contestatario y lo reivindicativo -tan necesarios para la psiquiatría de los pobres y los colonizados- va más allá del quehacer terapéutico de los pocos que lo reciben. Más bien para ser recibido por todos y cada uno de los que lo sufren, como producto de esta relación perversa víctima-victimario, consumidores-productores".

Los GIA abordan la matriz social del proceso de alcoholización no sólo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar en el seno del trabajo grupal y en cada uno de sus miembros. El desarrollo del trabajo y la complejidad de la práctica iban produciendo cambios en la conceptualización del GIA. No es casual que, por entonces retomáramos las ideas de

Winnicott referidas a objeto y espacio transicional y a su lectura más abierta al mundo social.

Vivir en la clínica grupal el peso de la institución que nos identificaba, nos llevó a descubrir los trabajos de Isaac Luchina en nuestro país y de Franco Basaglia en Italia, publicados en los años setenta. Esto ligado a observar que la institución se modificaba a medida que nuestra tarea crecía, y también a que era necesario producir transformaciones institucionales para avanzar en la tarea. Los fenómenos de institucionalización y desinstitucionalización señalados tempranamente por Florencio Escardó en 1962 y José Bleger, etc. formaban parte de nuestras lecturas y discusiones.

La generosa presencia de Fidel Moccio nos hizo descubrir la penetración y rapidez de los lenguajes no verbales, la enorme validez de lo vivencial, que pasaron a ser un recurso habitual, particularmente útil no sólo en los grupos sino en la proyección social de nuestro trabajo. Ese campo de la creatividad fue también ampliamente desarrollado en los GIA por la Prof. Nuris Quinteros a partir de su formación como psicodramatista psicoanalítica. Fidel decía, en 1987, *que los GIA representan lo grupal operando en su virtud reparadora*. Las dramatizaciones, los role-plays, los juegos, los despliegues escénicos, las diversas expresiones artísticas se integraron a nuestro bagaje técnico-teórico. Lo que el maestro Horacio Etchegoyen llamó *"la interpretación en acción"*, en un diálogo que sostuvimos gracias a tu convocatoria Juan Carlos. El Prof. Elías Neuman impulsor de la Victimología en el Derecho Penal argentino, nos hizo entender lo que él llamaba "el crimen perfecto" del alcoholismo: la misma sociedad que controlaba a los seres humanos con las bebidas alcohólicas luego los condenaba al aislamiento discriminatorio y mortal. Él solía repetir *"no se les ofrecen bebidas a los seres humanos sino seres humanos a las bebidas"*.

En 1994, desde el Ministerio de Salud de la provincia de San Luis, publicamos el "Plan Provincial de Alcoholismo". Allí luego de definir el Alcoholismo como una adicción y enfermedad médico-social, decíamos que a partir de fundar los GIA en las instituciones del sistema público nos podíamos plantear el desarrollo de otras tareas preventivas y rehabilitadoras. Comenzamos por trabajar con pacientes y familiares padecientes en el seno del hospital público, y a partir de la existencia de esa actividad fuimos desplegando las otras actividades (promoción, prevención, educación para la salud, etc.) De tal modo, la creación de grupos GIA en cada centro sanitario, opera como referente claro de otras tareas.

Vertex: ¿Cuál fue la importancia que le otorgaste a los aportes de las corrientes psicodinámicas en tu aproximación a la comprensión del alcoholismo?

JLP: Tal como señalé más arriba, en mi libro de 1997, *"Alcoholismo y GIA"*, dediqué un capítulo a los *"Aportes*

⁴ Pellegrini JL, Sans D, Novarino P, Scarano S. *Alcoholismo, identidad y grupo*. Buenos Aires: Ed. Cinco, 1992.

psicoanalíticos al conocimiento del alcoholismo”, para lo cual revisé la obra de Freud, y sus referencias al tema en su Correspondencia. Por ejemplo, en 1895 Cartas a Fliess, el Manuscrito H; el Manuscrito K y la Carta No. 55 de 1896, la Carta No. 79, de 1897... En todos estos escritos las adicciones al alcohol, el tabaco o la morfina, aparecen como sustitutivos de una pulsión sexual reprimida.

En artículos freudianos posteriores, sobre otras temáticas, el alcoholismo aparece mencionado tangencialmente sin una conceptualización referida específicamente al padecimiento. La misma revisión incluyó artículos de Freud en publicaciones como el “Manual alfabético de medicina” de Villaret, de 1888, o el “Diccionario terapéutico” de Antón Brunt, de 1891.

En 1905, en “Tres ensayos sobre la Teoría de la sexualidad” Freud señala que lo oral, como zona erógena, si persiste el autoerotismo de la succión del pulgar, podrá determinar en el futuro hábitos hacia el fumar o el beber.

En 1927, en “El porvenir de una ilusión” Freud dice, a propósito de la Ley Seca norteamericana, que el efecto que el consuelo religioso aporta al hombre puede ser comparado con aquel de los narcóticos, entre los que incluye al alcohol. En este trabajo aparece un enfoque más abarcativo, referido a los dolores y sufrimientos del ser humano en su la vida cotidiana, no ya sólo a sus pulsiones sexuales reprimidas.

En 1929, en “El malestar en la Cultura”, encontraremos esa bella frase: “Quien tiene tristezas, tiene licores también”. Más adelante Freud señalará que la acción de los estupefacientes es apreciada y reconocida como un cierto beneficio en la lucha por asegurar el bienestar o alejar la miseria que los individuos, y aún los pueblos, les han reservado un lugar permanente en la economía de su libido. Y en un párrafo más adelante dirá, lo cito textualmente: “Si en una edad más avanzada el hombre ve sus esfuerzos hacia la felicidad frustrados, encontrará consuelo en los delirios que le procurará la intoxicación crónica, o bien intentará una revuelta desesperada que es la psicosis”. Las adicciones a “estupefacientes” serían técnicas de sobrevida como las neurosis y las psicosis.

En aquel libro de mi autoría, arriba mencionado, también rastreamos en las obras de autores como Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Eugene Bleuler, Victor Tausk, Pierre Clark, Hans Sachs, Ernest Jones, Sandor Rado, Ernest Simmel, Melanie Klein, Paul Schilder, Otto Fenichel, Jean Clavreul. Y practicamos la revisión en la biblioteca de la Asociación Psicoanalítica Argentina con los resultados más arriba consignados.

En esa bibliografía clásica, el alcoholismo y sus tratamientos no figuran como problemática central. Son, en general, párrafos aislados o referencias al tema en relación a otras problemáticas. La conceptualización del alcoholismo, su ubicación nosográfica, y su categorización diagnóstica aparecen de modo muy diverso en los autores arriba señalados, lo cual también se registra en un mismo autor a través del tiempo, sin tener un estatus, entidad o lugar propios.

Sin duda que esta revisión requiere ser actualizada y completada con estudios que compañeros de la Red GIA y otros que, estudiosos del psicoanálisis, podrán aportar con mayor profundidad que ésta muy breve recorrida. Entiendo pertinente la revisión habida cuenta el peso y presencia que el psicoanálisis tiene en nuestra tarea profesional y en nuestra cultura.

Vertex: Pichon Rivière decía que no hay grupo sin tarea. A partir de los conceptos desarrollados hasta aquí ¿cómo podría definirse la tarea de los GIA?

JLP: En 1997, en mi libro Alcoholismo y GIA5 afirmaba que, en efecto, el grupo está centrado en una tarea. Ella es que el ser humano dependiente de la ingesta excesiva de alcohol pueda elaborar un proyecto de vida sin alcohol. Los GIA son grupos que trabajan los distintos aspectos y momentos de sus miembros. No son controladores de la abstinencia o del tiempo que ésta lleva. Ponen el acento en sostener el proceso de recuperación y construcción de nuevas alternativas de vida. Esto señala que son grupos que trabajan sobre iniciativas de salud, apoyándose en aquellos aspectos y soportes sanos del psiquismo que todos tenemos por nuestra condición humana. No ignoran la existencia de la enfermedad sino que tratan de facilitar el despliegue de la creatividad, de las capacidades transformadoras que los sujetos preservan.

En el año 2005, con motivo de dictar un seminario sobre alcoholismo en la Fundación “José Félix Ribas” de Caracas, Venezuela, definí a los grupos GIA como ya lo había hecho para la revista *Conciencia ante las drogas* en el año 2000. Ahí decía, y te leo la cita, que traje conmigo, para ser fiel a ese texto: “El grupo es el espacio que se ofrece para rever, corregir, volver a rever `la carrera alcohólica’, proceso que cada uno de los miembros del grupo tiene un modo individual y particular de vivir y producir, pero que al ser abordado colectivamente adquiere una dimensión explicativa más profunda y amplia. En la historia de vida de cada uno está un poco la de todos. En ese juego de espejos que es el devenir grupal se va realizando la práctica correctora de reconocerse parte de un todo. De un modo que no reniega sino que ayuda a recuperar la individualidad”. Esa actividad en aquel país hermano fue coordinada por el Dr. Juvenal Villasmil, y sirvió también para conocer patrones de consumo comunes y, a la vez, con particularidades propias, pero, más allá de ellos y de las sustancias en juego, la herramienta grupal volvía a aparecer como el camino más útil.

Vertex: En 2011, en otro libro de tu autoría, “Escritos sobre alcoholismo”, practicaste otras precisiones sobre el objetivo de los GIA.

JLP: Efectivamente, allí precisaba que el GIA no se ocupa únicamente del síntoma, de las cantidades o calidades ingeridas, sino de descubrir los distintos caminos

⁵ Pellegrini JL. *Alcoholismo y GIA*. San Luis: Ed. de San Luis, 1997.

recorridos para ir instalando la adicción en los integrantes. Por ello el despliegue de lo que los antropólogos llaman “historias de vida” o las “novelas familiares” freudianas ocupan la mayor parte del tiempo y la reflexión. El grupo como factor de aprendizaje colectivo a partir de los descubrimientos de cada uno en la escucha, la acción, el sentir, la palabra, los silencios, las similitudes y diferencias de los procesos individuales, y el encadenamiento de las sesiones que van conformando una cultura grupal. Para ello hubo que superar un funcionamiento grupal basado en el consumo (cantidad, tipo de bebidas, frecuencia y lugar de la ingesta que hacía girar al grupo alrededor de la botella, y no de los sujetos y sus problemas. El grupo es un desidentificador inmediato de personas identificadas no por su historia sino por una sustancia, el alcohol a la cual se le otorga vida propia. Recuerdo una sesión donde un compañero escuchaba la competencia establecida entre otros dos, en torno a quien tomaba más. “Esa es una charla de boliche y acá estamos para curarnos” dijo el tercero. Un silencio posterior mostró el *insight* logrado por la vuelta en espiral dialéctica.

Vertex: En otras oportunidades hemos comentado que el tratamiento del alcoholismo debe ser abordado de manera integral, sin disociar los aspectos psicosociales, que son los que generalmente se priorizan, de los aspectos somáticos que siempre los acompañan.

JLP: Desde hace años, y recurrentemente, volvemos a la necesidad de tener siempre presentes los aspectos médico-clínicos del alcoholismo. Anteriormente afirmé que “el cuerpo grita”. No hablo sólo de la representación psíquica del cuerpo, sino de recordar que un enfermo alcohólico sufre una serie de padecimientos que suelen ser encubridores del diagnóstico principal, la dependencia del alcohol, pero que también exigen ser tratados porque son padecimientos muchas veces graves, cuyo abordaje hace a que el GIA sea un tratamiento integral. Neumonías, afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática, polineuritis, cerebelitis, ACVs, etc. Son parte del cuadro a ser asistido, y siempre es necesaria la interconsulta con otras especialidades médicas. El alcohólico es un paciente de riesgo, y el único espacio institucional capaz de dar cuenta de esa problemática es, sin duda, el hospital público.

Vertex: Qué relación hubo entre la experiencia de los GIA y la labor de transformación del viejo hospital psiquiátrico de San Luis.

JLP: La sostenida experiencia de abordar la problemática negada del alcoholismo en los hospitales públicos, la reivindicación de un lugar para esta patología médico social planteó nuevas cuestiones que implicaron otras tantas tomas de posición. Cuando en 1993 iniciamos el Proceso de Transformación Institucional del ex Hospital Psiquiátrico de San Luis, el papel del GIA, fundado un año antes, en la desinstitucionalización de ese manicomio resultó fundamental. Con el GIA aparecía una práctica

que abordaba el principal diagnóstico en la internación, al que no se le había dado otra respuesta que la depositación cronicante o su judicialización. Los enfermos empezaban a ser tratados junto con sus familiares, dentro y fuera del hospital, se identificaban por su nombre y se iban recuperando. Esto cuestionaba el mito de la incurabilidad del alcoholismo; personalizaba su tratamiento; inauguraba la tarea de grupos terapéuticos en el espacio público; terminaba con la institucionalización de los enfermos; abría un espacio a las psicoterapias; relativizaba el peso de los psicofármacos; abría el hospital a nuevos actores que entraban y salían con creciente autodeterminación. Todo ello cuestionaba el orden manicomial con hechos cotidianos concretos, obligando a enfrentar el conflicto que implicaba la coexistencia del modelo asilar y el modelo GIA. Los miembros del grupo tenían nombre y apellido, palabra y escucha, espacio y referentes fijos; llevaban su experiencia a escuelas, medios de comunicación y oficinas públicas; ejercían su autodeterminación; y progresivamente descubrían la necesidad de planes sobre alcoholismo que dieran cuenta del problema en todas las áreas de la vida pública ya que estaba planteada la necesidad del cambio de conducta social fundada en el desconocimiento, el rechazo, la discriminación y el abandono. El GIA era entonces un grupo que practicaba su acción sanitaria incluyéndola como tema de DDHH, tal como estaba sucediendo simultáneamente en el ex Hospital Psiquiátrico sanluisense con el Proceso de Transformación Institucional. No es una posición declarativa de derechos sino desde ese eje analizar el propio alcoholismo al servicio del control social y la dependización de los enfermos; de pensar técnicas y dispositivos que posibilitan un rol social activo de los mismos. Que se apoderan del hospital; que generan reuniones públicas; que peticionan a las autoridades; que conocen y ejercen sus derechos; que su recuperación obliga a un cambio de mirada en el barrio o la familia; que el Estado debe elaborar planes, legislaciones y acciones concretas.

Vertex: ¿Cuál es la actividad de los GIA en la actualidad?

JLP: Desde sus comienzos los miembros de los GIA organizaron Jornadas Nacionales y Regionales. La primera se celebró en 1984 en General Roca, Río Negro. También se convocaron seminarios de formación científica, el primero tuvo lugar en 1994 en San Luis. Ello implicó e implica una coordinación de la Red Nacional hoy presente en las provincias de Jujuy, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, San Luis, Neuquén, Río Negro, Buenos Aires, Chubut y Santa Cruz. Quienes se ocupan de esa coordinación son elegidos cada dos años y trabajan en la provincia sede de la próxima Jornada. Dichas sedes son rotativas, eligiéndose democráticamente en numerosos plenarios de cada Jornada Nacional, donde concurren delegaciones de los GIA de todo el país. Toda esa actividad se basa en recursos propios, resultado de la solidaridad de instituciones o personas que colaboran para posibilitar el traslado.

En marzo de 2017 se realizó en San Luis la primera reunión de referentes provinciales para programar las actividades del año, particularmente del Seminario de coordinadores GIA en septiembre/17 en Bariloche. Concurrieron compañeros de Santa Cruz, Chubut, Río Negro, Mendoza, Córdoba, San Luis, y Buenos Aires, con la presencia también de la Dirección Nacional de Salud Mental y la colaboración de la SEDRONAR.

En ese ámbito se planteó y aprobó la idea de elaborar un libro colectivo que diera cuenta de nuestra tarea. La idea original se debe a la Dra. Graciela Bustos, psicóloga de San Luis. Se trataba de hacer una actualización capaz de expresar las particularidades de la experiencia en un marco teórico, técnico y conceptual compartido, ampliado, actualizado y enriquecido desde el comienzo de los GIA. Además la iniciativa podía transformarse en gran estímulo para conceptuar la tarea, sistematizar las ideas, autocriticar experiencias... En ese libro, que será publicado en breve, participan cincuenta y siete autores de diez provincias: Jujuy, Entre Ríos, Buenos Aires, Córdoba, San Luis, Mendoza, Río Negro, Chubut, La Pampa y Santa Cruz. El parto fue difícil, porque muchos compañeros no confiaban en su capacidad de autores. Pero la sacaron a relucir.

Vertex: En la concepción de los GIA, además del aspecto sanitario, no puede dejar de percibirse una dimensión ideológica y política.

JLP: He tratado en este muy sintético recorrido de seguir el hilo de las concepciones atinentes al GIA como grupo terapéutico en las instituciones de la Salud Pública argentina. Ha sido la práctica sostenida en una red nacional difundida por distintas regiones, ciudades y pueblos la que ha marcado las exigencias de nuevos conceptos, rectificaciones y sucesivas nuevas sistematizaciones, no sólo dictadas por nuestra mayor experiencia sino también por los cambios de toda índole vividos en estos 35 años. No podía ser de otra manera: en esa apertura a tratar de comprender la dinámica de la época, un instrumento terapéutico que define su objeto de trabajo como enfermedad médico-social debe ir leyendo adecuadamente los procesos de cambio que registran la enfermedad, las instituciones sanitarias y el devenir histórico analizando en concreto los hechos concretos.

Nos atraviesa un momento histórico en el que la Historia "no existe", todo es presente perpetuo, lo cual diluye responsabilidades porque "nadie fue". Pero este trabajo afirma una identidad que respeta los tiempos, las regiones y la diversidad cultural, a la vez que acepta la propia responsabilidad en cambiar lo que es necesario cambiar.

Porque hay hoy mucha pereza intelectual y se busca la adhesión por encima de las ideas originales. Pero allí estarán escritas por quienes diariamente las ponen en acción.

Porque en épocas de pensamiento único y post-verdad, lo diverso, lo heterogéneo, lo conflictivo es negado buscando relatos disciplinantes para adherentes a-críti-

cos. Pero en los trabajos escritos aparecen lo diverso, lo heterogéneo y el conflicto convocando tareas transformadoras y produciendo efectos concretos nacidos del análisis también concreto de la realidad.

Porque en tiempos de generalizaciones se sigue hablando de "el interior" como un todo indiviso y globalizable, cuando lo que existimos somos las provincias, las regiones, las ciudades o pueblos, y la ciudad Capital, cada una con su historia, sus culturas, sus modos de pensar y vivir las particulares realidades, aportando desde allí a la Patria común.

Está también en aquellos inicios-principios, que nos ocupamos del sujeto que sufre y de la sociedad dañada, que no somos cazadores de sustancias; que hemos corrido la botella trabajando con lo que ella tapa; que si bien conocemos la oferta apuntamos a la demanda, a saber porqué tantos millones de compatriotas buscan el alcohol para mal sobrevivir; porque buscamos en las historias de vida las causas removibles de la enfermedad, afirmando su posible rehabilitación y mostrando que no hay un destino fatal e inmodificable.

Si el 15 de febrero de 1984 alguien me hubiera predicho que treinta y cinco años después aquella criatura rionegrina iba llegar a producir un libro grupal y colectivo nacional no sé qué hubiera contestado. Atravesamos años de tanta lucha popular en todo el mundo, de tantas crisis y reveses, de tantas ilusiones y fracasos, que quizás sea, justamente para cambiar todo eso, que sostenemos y desarrollamos nuestra Red Nacional GIA reafirmando nuestras convicciones por la Salud Pública.

Conocemos diariamente en nuestros hospitales los efectos quizás más dolorosos de la crisis por la que atraviesan nuestros pueblos. Naciones invadidas y destruidas por los poderosos del mundo; saqueo de nuestros patrimonios; millones de refugiados o exiliados que huyen del horror de las guerras; multitud de familias deshechas por la muerte, la persecución o el hambre; miedos utilizados por los Imperios para continuar sojuzgando a los vulnerables vulnerados; la injusticia hecha lugar común; la libertad burlada por mordazas o castigos crueles; la desocupación y sus contra caras: el clientelismo o el delito organizado; las dependencias a sustancias o actividades (juego, Internet) como medio de control social; la Naturaleza degradada por el insaciable apetito de lucro de las grandes corporaciones; la negación del pasado, la corrupción del presente y la ausencia de futuro confiable.

Todas esas violencias y violaciones forman parte de las historias individuales que recogemos en los GIA. Con eso trabajamos. Contra esas formas de autoritario control social construimos instrumentos y formas de autodeterminación que puedan ser esperanzas de paz en un planeta cubierto, otra vez, de chantajes bélicos destructivos.

Un obrero argentino angustiado por el hambre le dijo, recientemente, a un funcionario nacional: "¡Hagan algo!".

Nuestro trabajo escucha ese grito desesperado, y convoca a luchar por esa paz y esa autodeterminación de los Pueblos. ■



el rescate y la memoria

Italo Svevo (Trieste, 1861 - Motta di Livenza, 1928)



Italo Svevo
(Trieste, 1861 - Motta di Livenza, 1928)

Italo Svevo es el pseudónimo de Aron Ettore Schmitz. Fue empleado bancario y luego se dedicó al comercio. A consecuencia del tratamiento psicoanalítico de su cuñado, Bruno Veneziani, con Freud, Svevo se interesó en el psicoanálisis y, en colaboración, con Aurelio Finzi, un sobrino suyo médico tradujo *La interpretación de los sueños*. En 1907 conoció a James Joyce, que se encontraba exiliado en Trieste. Se hicieron amigos y colaboraron literariamente. En su tercera novela, *La conciencia de Zeno*, el protagonista utiliza el psicoanálisis para descubrir la causa de su adicción al tabaco. Tal y como revela en sus memorias -que dice escribir a causa de la insistencia de su psiquiatra- cada vez que ha dejado de fumar lo ha hecho con la férrea decisión de que ese sería su último cigarrillo, sintiendo con ello la estimulante sensación de que su vida comienza de nuevo. Esta sensación, sin embargo, es tan fuerte y agradable que le impulsa a fumar de nuevo, aunque sólo sea para sentirla una vez más al volver a dejar de fumar. Svevo fue un gran fumador. Ya moribundo, tras ser atropellado por un automóvil, solía pedir un cigarrillo a sus visitantes intentando convencerles de que ese sería realmente su último cigarrillo. Entre sus múltiples obras se destacan: *Una vida* (1892), *Senectud* (1898), *La conciencia de Zeno* (1923), *La madre*, *Una burla conseguida*, *Vino generoso*, *La historia del buen viejo y la bella muchacha* (todas en 1926) y *Terceto despedazado* (1927).

La conciencia de Zeno. Fragmentos del Capítulo “*El tabaco*”

El doctor a quien hablé de mi propensión a fumar, me dijo que iniciara mi trabajo con un análisis de ella:

— ¡Escriba! ¡Escriba! Verá cómo llega a verse entero.

En realidad, creo que del tabaco puedo escribir aquí, en mi mesa, sin ir a soñar en la hamaca. No sé cómo empezar y pido ayuda a los cigarrillos, todos tan parecidos al que tengo en la mano.

Hoy descubro algo que ya no recordaba. Los primeros cigarrillos que fumé ya no están a la venta. Hacia 1870 teníamos en Austria esos que se vendían en cajetillas con el sello del águila imperial. Ya está: en torno a una de esas cajetillas se agrupan al punto varias personas con rasgos suficientes para sugerirme su nombre, pero no para conmoverme por el inesperado encuentro. Intento obtener más y me voy a la hamaca: las personas se desdibujan y en su lugar aparecen bufones que se ríen de mí. Vuelvo a la mesa desalentado.

Una de las figuras, de voz algo ronca, era Giuseppe, un joven de mi edad, y otra, mi hermano, un año más joven que yo y muerto hace mucho tiempo. Al parecer, Giuseppe recibía mucho dinero de su padre y nos regalaba aquellos cigarrillos. Pues estoy seguro de que daba más a mi hermano que a mí. Por lo que me vi en la necesidad de conseguirme otros por mi cuenta. Así llegué a robar. En verano mi padre dejaba sobre una silla su chaleco, en cuyo bolsillo había siempre algunas monedas: cogía los cincuenta céntimos necesarios para comprar la preciosa cajetilla y me fumaba uno tras otro los diez cigarrillos que contenía, para no guardar por mucho tiempo el comprometedor fruto del hurto.

* * *

Recuerdo haber fumado mucho, escondido en todos los lugares posibles. A causa del fuerte malestar físico que siguió, recuerdo haber permanecido durante media hora en una bodega oscura junto a otros dos muchachos, de los que sólo conservo en la memoria lo infantil de sus vestidos: dos pares de pantalones cortos que se sostienen en pie porque dentro hubo un cuerpo que el tiempo eliminó. Teníamos muchos cigarrillos y queríamos ver quién era capaz de fumar más en poco tiempo. Yo vencí y heroicamente oculté el malestar que me produjo aquel extraño ejercicio. Después salimos al sol y al aire. Tuve que cerrar los ojos para no caer aturdido. Me recobré y

me jacté de la victoria. Uno de los dos hombrecitos me dijo entonces:

— A mí no me importa haber perdido, porque yo sólo fumo lo que necesito.

Recuerdo esas palabras sanas y no la carita, sana también, desde luego, que debía de estar vuelta hacia mí en ese momento.

Pero entonces yo no sabía si me gustaba o detestaba el cigarrillo y su sabor y el estado en que me ponía la nicotina.

Cuando supe que detestaba todo eso, fue peor. Y lo supe a los veinte años más o menos. Entonces padecí durante unas semanas un violento dolor de garganta, acompañado de fiebre. El doctor me ordenó guardar cama y la abstención absoluta de fumar. Recuerdo esa palabra: ¡absoluta! Me hirió y la fiebre le dio color: un gran vacío y nada con qué resistir la enorme tensión que en seguida se produce en torno a un vacío.

Cuando el doctor me dejó, mi padre (mi madre había muerto hacía muchos años), con el puro en la boca y todo, se quedó un poco a hacerme compañía. Al marcharse, después de haberme pasado con suavidad la mano por la frente, que abrasaba, me dijo:

— ¡No fumes, eh!

Fui presa de una inquietud enorme. Pensé: “Puesto que me hace daño, no volveré a fumar nunca, pero antes quiero hacerlo por última vez.” Encendí un cigarrillo y al instante me sentí liberado de la inquietud, pese a que la fiebre había aumentado y a cada calada sentía en las amígdalas la misma quemazón, como si me las hubieran tocado con un tizón ardiendo. Acabé todo el cigarrillo con el esmero con que se cumple un voto. Y, sin dejar de sufrir horriblemente, me fumé muchos otros durante la enfermedad. Mi padre iba y venía con el puro en la boca y me decía:

— ¡Muy bien! ¡Unos días más de abstenerte de fumar y estarás curado!

Bastaba esa frase para hacerme desear que se fuera pronto, pero pronto, para poder lanzarme sobre un cigarrillo. Incluso fingía dormir para inducirlo a alejarse antes.

Aquella enfermedad me ocasionó el segundo de mis tormentos: el esfuerzo por liberarme del primero. Mis días acabaron llenos de cigarrillos y de propósitos de no volver a fumar y —me apresuro a reconocerlo todo— de vez en cuando siguen siendo los mismos. La ronda

de los últimos cigarrillos, formada a los veinte años, sigue en movimiento. El propósito es menos enérgico y mi debilidad encuentra mayor indulgencia en mi viejo ánimo. En la vejez se sonríe uno al pensar en la vida y en todo lo que encierra. Es más: puedo decir que, desde hace un tiempo, fumo muchos cigarrillos... que no son los últimos.

* * *

En la portada de un diccionario, encuentro esta anotación hecha con bella caligrafía y algunos adornos:

“Hoy, 2 de febrero de 1886, paso de los estudios de derecho a los de química. ¡Último cigarrillo!”

Era un último cigarrillo muy importante. Recuerdo todas las esperanzas que lo acompañaron. Me había enfurecido el derecho canónico, que me parecía tan alejado de la vida, y corría hacia la ciencia, que es la vida misma, aunque reducida a un matraz. Aquel último cigarrillo significaba precisamente el deseo de actividad (incluso manual) y de pensamiento sereno, sobrio y sólido.

Para escapar a la cadena de las combinaciones del carbono, en que no creía, volví al derecho. ¡Por desgracia! Fue un error y también lo señalé con un último cigarrillo, cuya fecha encuentro apuntada en un libro. También aquella fue importante y me resignaba a volver a esas complicaciones del mío, el tuyo y el suyo con los mejores propósitos, con lo que soltaba por fin las cadenas del carbono. Había demostrado ser poco apto para la química, entre otras cosas por falta de habilidad manual. ¿Cómo iba a tenerla, si seguía fumando como un turco?

Ahora que estoy aquí, analizándome, me asalta una duda: ¿me habrá gustado tanto el cigarrillo, tal vez, como para achacarle la culpa de mi incapacidad? ¿Habría llegado a ser el hombre ideal y fuerte que esperaba, si hubiese dejado de fumar? Tal vez fuera esa duda la que me encadenó a mi vicio, porque eso de creerse dotado de una grandeza latente es una forma cómoda de vivir. Lancé esa hipótesis para explicar mi debilidad juvenil, pero sin convicción firme. Ahora que soy viejo y nadie me exige nada, sigo pasando del cigarrillo al propósito y del propósito al cigarrillo. ¿Qué significan hoy esos propósitos? ¿Acaso me gustaría, como a ese viejo higienista descrito por Goldoni, morir sano tras haber vivido enfermo toda la vida?

Una vez, siendo estudiante, cuando cambié de habitación, tuve que pagar un nuevo tapizado de las paredes porque las había cubierto de fechas. Probablemente abandoné esa habitación porque se había convertido en el cementerio de mis buenos propósitos y no creía posible concebir otros en ese lugar.

Creo que el cigarrillo tiene un gusto más intenso, cuando es el último. También los otros tienen un gusto especial propio, pero menos intenso. El último recibe su sabor del sentimiento de la victoria sobre uno mismo y de la esperanza de un próximo futuro de fuerza y de salud. Los otros tienen su importancia, porque, al encen-

derlos, manifiestas tu libertad y el futuro de fuerza y de salud subsiste, pero se aleja un poco.

Las fechas sobre las paredes de mi habitación estaban escritas con los colores más diversos e incluso al óleo. El propósito, renovado con la fe más ingenua, encontraba expresión adecuada en la fuerza del color que debía hacer palidecer el dedicado al propósito anterior. Prefería algunas fechas por la concordancia de las cifras. Del siglo pasado recuerdo una fecha que me pareció debía sellar para siempre el ataúd en que quería encerrar mi vicio: “Noveno día del noveno mes de 1899.” Significativa, ¿verdad? El nuevo siglo me aportó fechas igualmente musicales: “Primer día del primer mes de 1901.” Aún hoy me parece que, si pudiera repetirse esa fecha, sabría empezar una nueva vida.

* * *

Había ido a ese médico porque me habían dicho que curaba las enfermedades nerviosas con la electricidad. Pensé que podría conseguir de la electricidad la fuerza necesaria para dejar de fumar.

El doctor tenía una gran panza y su respiración asmática acompañaba al golpeteo de la máquina eléctrica puesta en marcha en seguida, a la primera visita, que me desilusionó, porque había esperado que el doctor, al estudiarme, descubriese el veneno que me contaminaba la sangre. En cambio, declaró que me veía de constitución sana y, como me había quejado de digerir y dormir mal, supuso que mi estómago carecía de ácidos y que mis movimientos peristálticos (dijo esta palabra tantas veces, que no la he vuelto a olvidar) eran poco intensos. Incluso me dio a beber un ácido que me destrozó, porque desde entonces sufro de exceso de acidez.

Cuando comprendí que por sí solo no llegaría nunca a descubrir la nicotina en mi sangre, quise ayudarlo y expresé la sospecha de que mi indisposición debiera atribuirse a aquella. Se encogió de hombros con fatiga:

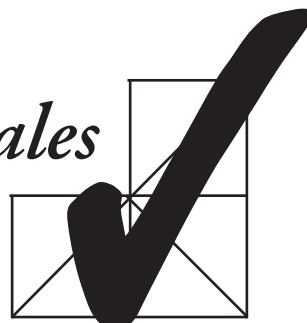
—Movimientos peristálticos... ácido... ¡la nicotina no tiene nada que ver!

Fueron setenta las aplicaciones eléctricas y habrían continuado, si yo no hubiera considerado que ya había recibido bastante. Más que esperar milagros, corría a aquellas sesiones con la esperanza de convencer al doctor de que me prohibiera fumar. ¡Quién sabe cómo habrían ido las cosas, si mis propósitos se hubiesen visto reforzados por una prohibición del médico!

Y ésta fue la descripción de mi enfermedad que di al médico: “No puedo estudiar e incluso las raras veces que me voy a la cama temprano, permanezco insomne hasta los primeros toques de campanas. Por eso vacilo entre el derecho y la química, porque esas dos ciencias exigen un trabajo que comience a una hora fija, mientras que yo no sé nunca cuándo podré haberme levantado.”

—La electricidad cura cualquier insomnio —sentenció el Esculapio con los ojos siempre dirigidos al reloj en lugar de al paciente. ■

Lecturas y señales



La única historia

Daniel Matusevich



Julián Barnes
Anagrama, 2019

Nos volvemos a ocupar de Julián Barnes en estas páginas; si un lector atento nos acusara de fanatismo extremo o excesiva valoración del autor no tendríamos manera de defendernos.

En este caso elegimos reseñar su última novela, una síntesis perfecta de todo lo que escribió con anterioridad; sus temas son siempre los mismos (la memoria, los duelos, el amor, el paso del tiempo, el fracaso, la trai-

(una ponencia, en este caso) casi perdido, sometiéndolo a una doble transformación, de manuscrito a tesis y luego de tesis a libro: Santiago Levín rescata un trabajo casi legendario que Juan Carlos Stagnaro presentó en unas jornadas cordobesas tomando las ideas centrales del mismo para transformarlas en su futuro trabajo.

Por supuesto que esta historia es una ficción, una ficción verdadera si ustedes quieren, que inmediatamente nos trae ecos de Roberto Bolaño y sus novelas en las cuales alumnos alucinados recorren miles de páginas buscando a sus maestros perdidos en el mundo, o a Enrique Vila Matas y sus estrafalarias peregrinaciones por Barcelona, París, Lisboa y Valparaíso.

La otra historia es de qué va el libro: es un libro que recoge el guante en referencia al estado del arte en nuestra especialidad y que ya en la página 17 establece su marco teórico: "...crítico a la psiquiatría bioreduccionista porque pretendo una psiquiatría antropológica, humanística, flexible y eficaz a la vez, que se interese por la biología, el cuerpo, la subjetividad, la historia y la mente humana, en sus aspectos conscientes e inconscientes, por los vínculos, por el grupo".

La afirmación de Vila Matas sobre que "una obra nueva solo tiene sentido si forma parte de una tradición, pero solo tiene valor en esa tradición si ofrece algo nuevo" se ratifica ampliamente en este caso, ya que es en el fragor de las discusiones sostenidas en el seno del Capítulo de Historia & Epistemología donde germinó la semilla de este texto.

La tradición que mencioné en el párrafo anterior se verifica en el trabajo y otras citas de Stagnaro, en el excelente prólogo de Norberto Conti, en los aportes de Rafael

ción, la muerte, los celos, la infelicidad, el arte, la tristeza, la vejez), pero la forma de abordarlos ha variado y se ha complejizado a través de los años. Rodrigo Fresan sostiene que “probablemente sea hoy por hoy el más brillante estructurador de argumentos y calibrador de la óptica de la mirada en lengua inglesa”.

Barnes es un especialista en inicios y en finales, escritor de frases que se transforman en clásicos instantáneos que resuenan en nuestra cabeza a lo largo de la lectura y mucho tiempo después. Veamos un ejemplo: “¿Preferirías amar más y sufrir más o amar menos y sufrir menos? Creo que, en definitiva, esa es la única cuestión”. Lo seguro es que esa se convierte en la única cuestión para nosotros, ya que el eco de la idea se repite una y otra vez, alumbrando el recorrido por una novela en la que Barnes repite una estrategia muy habitual en él, la de transformar un tema trivial en un ensayo filosófico que brinda múltiples posibilidades de lectura.

Para confeccionar este comentario elegimos centrarnos en dos cuestiones: la escritura de historias acerca de nuestros pacientes y el alcoholismo.

Veamos la primera: “La mayoría de nosotros solo tiene una historia que contar. No quiero decir que solo nos sucede una vez en la vida: hay incontables sucesos que convertimos en incontables historias. Pero solo hay una que importa, solo hay una que a la postre vale la pena contar”. Esta reflexión, lo mismo que otras dispersas a lo largo del libro puede servir para continuar pensando la escritura en el mundo de la medicina: la organización de la novela nos permite asistir a la transformación de acontecimientos en historias y verificar la manera en que las mismas estructuran las vidas de Paul y Susan, los protagonistas. Los mecanismos que hace jugar Barnes pueden servir para echar luz sobre como escribimos los relatos de nuestros pacientes. Relatos relacionados con realidad y con ficción, con los usos de una memoria que “no es fidedigna e imparcial” (Barnes dixit), con la manera en que se recuerda para luego contar y con cómo plasmar esto en el papel.

Tal vez convenga plantearse aquí la pregunta acerca de para quién y para qué escribimos los profesionales de salud mental; en principio surgen dos respuestas pero seguramente debe haber bastantes más. Escribir es regis-

tro y relación, escribimos para nosotros y también para los otros, nuestros colegas; escribir las historias de nuestros pacientes es una de las maneras más efectivas que existen de comprender el sufrimiento humano. A través del registro intentamos ordenar, aunque sea de manera ficticia, el estado de caos: el modo a través del cual Barnes va hilando los diferentes aspectos es una clase magistral acerca de cómo dotar de sentido una historia compleja y llena de matices. La escritura sobre nuestros pacientes nunca es objetiva, a la vez que recolectamos información le damos sentido, la modelamos a partir de cómo escuchamos lo que nos cuentan.

La segunda cuestión, el alcoholismo de Susan, es de una fuerza y un dramatismo sobrecogedor, recuerdos instantáneos de María Moreno y Marguerite Duras, quienes escribieron acerca de sus propios alcoholismos. Es Paul quien relata en primera persona el descenso a los infiernos de su mujer, ofreciéndonos narraciones que pueden ser las de cualquiera de nuestras pacientes: “Vacías todas las botellas que encuentras, algunas en sitios evidentes, otras en lugares tan extraños que debe haberlas escondido estando borracha y después haber olvidado donde las puso. Haces que le prohíban la entrada en tres tiendas del barrio que venden alcohol. Das a cada una de ellas una foto para que la guarden detrás de la caja”. Este fragmento nos da una idea aproximada de cómo está estructurada esta parte de la novela, con retazos de escenas intercaladas en episodios breves, como si fueran una sucesión de fragmentos de una historia clínica. Este esquema permite un acercamiento familiar al relato, simplificando notablemente la lectura y permitiendo que sea ideal para ser utilizada como material de enseñanza.

El aprendizaje de nuestra profesión/oficio es con los pacientes, por supuesto; pero también es leyendo y estudiando: como construir teoría que dé cuenta de los cambios y la diversidad en los modos de enfermar o cómo pensar y escribir las nuevas semiologías es uno de los grandes desafíos. La utilización de textos como el de Barnes plantea un camino posible a partir de la propuesta de aplicar relatos (una novela en este caso) a la comprensión y análisis de las ficciones verdaderas llamadas clínicas. ■