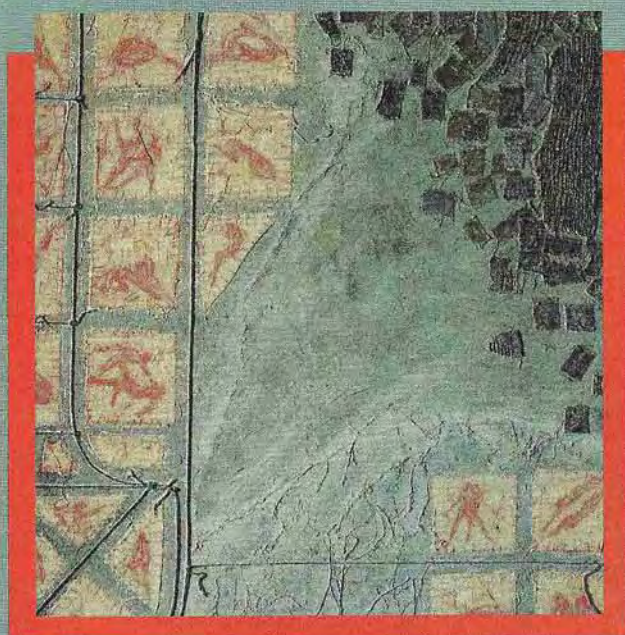


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

29



DESARROLLOS EN PSICOGERIATRIA

*Barreto / Brusco / Chapot / Espector / Guido
Lerner / Lolas / López / Macotinsky
Matusevich / Salvarezza / Szulik*

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

Volumen VIII - Nº 29 Setiembre - Octubre - Noviembre 1997

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremlit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), F. Lolas Stepke (Sgo. de Chile), H. Lõo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);
Gabriela Silvia Jufe, Sergio Strejilevich, Fabián Triskier

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepanyk (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** 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:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Callao 157 P.B. "C"
(1022) Buenos Aires"

Impreso en:
Cibulca impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 921-5817 922-4937

Informes y correspondencia:
VERTEX, Callao 157 P.B. "C",
(1022), Capital Federal, Argentina.
Tel. 373-0690 - 373-8696 Fax: 373-0690

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Blvd. de Vaugoussier,
75012 París, Francia. Tel.: (33-1) 43 45 82 22.
Fax: (33-1) 43 45 24 56
e-mail: wintre@wanadoo.fr

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139
Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VIII N° 29, SETIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE 1997

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

* 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

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "DSM-III-R y DSM-IV: Un análisis taxonómico",
César Ojeda Figueroa pág. 165
- "Cómo navegar sin brújula" Taller para familiares de
pacientes bipolares, Rosario Hidalgo, Alejandro Lagomarsino pág. 170

DOSSIER

DESARROLLOS EN PSICOGERIATRIA

- Valorización personal y envejecimiento en la Argentina,
L. Salvarezza pág. 178
- Síndrome de adaptación al geriátrico (S. A. G.),
D. Matusevich, J. Szulik pág. 181
- Psicoterapia psicoanalítica en la vejez,
S. Chapot, P. Guido, M. López, G. Macotinsky pág. 188
- Estudio cualitativo de la calidad de vida en el senescente.
Una propuesta metodológica/ F. Lolas pág. 193
- Algunas cuestiones sobre la depresión del geronte y
su tratamiento psicofarmacológico, E. M. Espector pág. 196
- Escalas de medición de trastornos de conducta en las
demencias de tipo Alzheimer, D. Matusevich, J. Szulik pág. 203
- Tratamiento farmacológico de los trastornos
de la enfermedad de Alzheimer,
M. Barreto, Federico Lerner, I. Brusco pág. 216
- Declaración de consenso respecto de la
psiquiatría del anciano pág. 219

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Sobre ciertas enfermedades peculiares de la vejez,
por Alöis Alzheimer pág. 221

CONFRONTACIONES

- Primeros resultados obtenidos con el 4560 RP,
E. Bringas Núñez, J. A. Seggiario y M. R. Machado pág. 232

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 238
- "Señales" pág. 239

EDITORIAL

E

l Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el INDEC en 1991 arrojó que habría 43024 ancianos de 60 y más años viviendo en hogares geriátricos distribuidos en todo el país; la gran mayoría -69%- se concentra en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Estos números justifican la tarea de comenzar a pensar los efectos de la interacción entre patología psiquiátrica e institucionalización geriátrica. El Síndrome de Adaptación al Geriátrico (S. A. G.) constituye una realidad clínica que debe ser conocida por todos los profesionales encargados de la salud mental de las personas que viven recluidas en los diversos establecimientos.

En 1976 Campbell y Rogers describieron la calidad de vida como "una entidad vaga y etérea, algo de lo que mucha gente habla pero con lo que nadie sabe qué hacer". En el Dossier de este número el Dr. Lolas, vicerrector académico de la Universidad de Chile y reciente miembro de nuestro Comité Científico, nos plantea en su artículo con gran rigor metodológico, la teoría de los "constructos dinámicos" y su aplicación al área psicogeriatrica.

Asimismo la enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más habitual en personas mayores de 50 años. En los Estados Unidos están afectadas por este mal cerca de 4 millones de personas y también están comprometidos 19 millones de cuidadores familiares. Por su lado, la depresión constituye una de las quejas más habituales en los viejos y la primera causa de suicidio en esa población; se caracteriza por ser muy variada en sus manifestaciones y por ser fácilmente confundida con otras enfermedades como la demencia o la hipocondría, por lo que muchas veces es subdiagnosticada.

La variedad de temas presentados en esta entrega de Vertex en relación a la problemática de la vejez demuestra, una vez más, la necesidad de explorar e investigar la riqueza de matices posibles en pos de afianzar y avanzar en el conocimiento de una población que cada vez adquiere una mayor importancia, tanto por sus relevancia demográfica, como por la especificidad de su demanda ■

J. C. Stagnaro - D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX, Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envían deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a do-

ble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página.

- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

DSM-III-R y DSM-IV: Un análisis taxonómico

César Ojeda Figueroa

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Providencia 1939, 52-B, Santiago de Chile. Tel.:(56-2) 251 56 14 Fax:(56-2) 231 92 87

Resumen

La insatisfacción frente a los manuales internacionales de clasificación psiquiátrica, especialmente de la serie DSM, se debe no sólo a la proliferación de categorías clínicas que incluyen, y a la desaparición de otras tradicionales, sino también a su inconsistencia interna. Con independencia de la propiedad de las descripciones clínicas y su utilidad práctica, el análisis taxonómico aporta un elemento de juicio adicional respecto de ellas. En esta presentación, el DSM-III-R y el DSM-IV son analizados desde un punto de vista taxonómico, buscando un criterio interno capaz de ordenar los padecimientos psiquiátricos en un sistema (corpus). El autor concluye que ambas versiones de la serie DSM son insostenibles como clasificaciones, porque carecen de un principio interno que pueda transformar un "montón" de descripciones clínicas en un cuerpo taxonómico. El hecho de que sus severas inconsistencias lógicas no hayan sido notadas ni por los usuarios ni por los grupos que han manejado su desarrollo, hace surgir la pregunta de si una real taxonomía es necesaria como un camino para encontrar un lenguaje común en psiquiatría.

Palabras Clave: DSM-III-R - DSM-IV - Análisis Taxonómico

DSM-III-R AND DSM-IV: A TAXONOMIC ANALYSIS

Summary

In this paper DSM-III-R and DSM-IV are analyzed from a taxonomic point of view, searching for a criterion capable of arrange the clinical psychiatric corpus as a system. The author concludes that both manuals are unsustainable as classification, because they lack of one internal principle to transform a heap of clinical descriptions in a taxonomic body. The fact that their severe logical inconsistencies have not been noticed neither by users nor by the groups that manage its development, arises the question if a real taxonomy is necessary as a way to find a common language in Psychiatry. In spite of that, if any would be intermpted, a politaxonomic one seems to be unavoidable. But, that is not the same as the multiaxiality proposed by DSM-III-R. Taxonomy is a composite word originated from two greek concepts: taxos, which means "order", and nomos, which means "law". Both are misunderstood in DSM-III-R and DSM-IV.

Key Words: DSM-III-R - DSM-IV - Taxonomic Analysis

DSM-III-R ET DSM-IV: UNE ANALYSE TAXINOMIQUE

Résumé

L'insatisfaction ressentie à la lecture des manuels internationaux de classification psychiatrique, particulièrement ceux de la série DSM, n'est pas due seulement à la prolifération de catégories cliniques qu'ils comprennent et à la disparition de catégories cliniques traditionnelles, mais aussi à leur inconsistance. Indépendamment de la propriété des descriptions cliniques et de leur utilité pratique, l'analyse taxinomique permet de porter un jugement complémentaire. Dans cet article, le DSM-III-R et le DSM-IV sont analysés du point de vue taxinomique dans le but de découvrir un critère capable d'ordonner les souffrances psychiatriques en un corpus. L'auteur conclut que les deux versions de la série DSM sont insoutenables comme classifications car elles sont dépourvues d'un principe interne qui pourrait transformer un "tas" de descriptions cliniques en un corpus taxinomique. Le fait que ces graves inconsistances logiques n'aient été remarquées ni par les usagers ni par les groupes qui ont conçu les DSM nous conduit à nous interroger sur le besoin d'une réelle taxinomie pour trouver un langage commun en psychiatrie.

Mots Clé: DSM-III-R - DSM-IV - Analyse taxinomique

Introducción

En tanto sea considerada de base científica, la psiquiatría *no puede prescindir de las clasificaciones o "taxonomías"*. Esto se debe a que las leyes científicas sólo rigen para clases de objetos y no para objetos individuales: es decir, mientras los sistemas, sucesos o procesos concretos individuales presentan un número ilimitado de facetas, las clases sólo tienen existencia real para un número *limitado* de aspectos.

En el caso de la medicina, y también en el de la especialidad psiquiátrica, la forma más generalizada de taxonomía es la categorización diagnóstica. Al diagnosticar (o clasificar) este caso particular como Trastorno Bipolar, por ejemplo, hago aplicable a él el conocimiento acumulado para la clase. Por el solo hecho de realizar la operación taxonómica, tengo a mi disposición un conocimiento útil mayor respecto de este paciente que antes de efectuarla: eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos, evolución espontánea, variables fisiológicas, datos epidemiológicos, genéticos, etc.; los que, por provenir de estudios necesariamente empírico-estadísticos, tienen el carácter *probabilístico* propio de esa forma de conocimiento.

Sin embargo, frecuentemente se escuchan quejas en relación a la serie DSM(1, 2) y al capítulo VI del CIE(5), los dos más populares intentos de establecer un léxico que unifique los modos de pensar, definir y hablar sobre los padecimientos psiquiátricos. Estos "quejidos" son mirados, es cierto, con alguna benevolencia, sugiriendo con ella que existe un cambio "cualitativo" en psiquiatría, el que provoca comprensibles resistencias y naturales intentos de preservar lo que ha sido la tradición y los conceptos con que se operó anteriormente. Estos últimos –se piensa– deben ceder paso a las visio-

nes que se supone, o se desea, deberían presidir la psiquiatría del siglo XXI. Esta idea, que lleva implícitas las de "progreso", "desarrollo", "eficiencia" y otras, resuena muy bien con una psiquiatría que está poco a poco perdiendo el sentimiento de inferioridad médica que la caracterizó en el pasado, y que empieza a mostrar "datos" propios y un lenguaje que, al menos, es "técnico" y biológicamente sonoro. Sin embargo, este entusiasmo puede ser sorprendentemente ciego a las debilidades y gruesas insuficiencias que arrastra esta "modernidad" en su carrera más bien desorientada por lucir "científica"(4). De allí que los argumentos que se esgrimen para objetar los "Manuales de Clasificación", como los que nos ocupan aquí, sean "escuchados" al pasar e inmediatamente olvidados: es decir, que sean en definitiva tolerados como el "costo" del cambio, y desde luego, sin ninguna influencia real en medio de la incesante y gigantesca producción de trabajos que simplemente hacen uso de ellas y rebalsan las estanterías de las bibliotecas y las memorias de los computadores. No obstante, ¿es posible dejar de preguntarse por el monto de la presión y del control que se ejerce a través de estos sistemas "concordados"? ¿Quién se atrevería hoy a publicar artículos respecto de la "Locura Razonante", la "Psicastenia", la "Histeria" o la "Histeria de Angustia", sin quedar "excluido" del "progreso"?

Sin embargo, no se trata en este trabajo de discutir lo obvio, como por ejemplo, si existen o no las "esquizofrenias" o los fenómenos Obsesivo-Compulsivos, la Anorexia nerviosa o las Demencias, ni tampoco, por ahora, el si están mejor o peor definidas, descriptas y singularizadas en los manuales que comentamos. Se trata sólo de preguntarse por la consistencia de éstos últimos *en tanto clasificaciones*, y por lo mismo, de atender con la suficiente dedica-

ción los aspectos "taxonómicos" involucrados, recordando –como punto de partida– que "taxonomía" deriva del griego *táxis*= orden, y *nómos*= ley, significando por lo tanto, la estructuración de un orden basado en "alguna" forma de legalidad.

DSM-III-R y DSM-IV

El DSM-III-R(1) y el DSM-IV(2) son denominados por sus autores, manuales de *Clasificación* de los "Trastornos mentales". Esto significa que se los presenta como "sistemas", en los que el "género", naturalmente, es "trastorno mental" –con todas las reservas que se quiera– y las "clases", las distintas formas que éste adopta. Por su carácter sistemático (legal), una clasificación requiere de algún criterio interno que dé coherencia a la enumeración de los grupos que la integran.

Michel Foucault(3), cita un texto de Borges en el que nos habla de "cierta enciclopedia china" donde está escrito que "los animales" se dividen en:

Clasificación de los animales según "cierta Enciclopedia china"

Los animales se dividen en:

- a. *Pertenecientes al Emperador*
- b. *Embalsamados*
- c. *Amaestrados*
- d. *Lechones*
- e. *Sirenas*
- f. *Fabulosos*
- g. *Perros sueltos*
- h. *Incluidos en esta clasificación*
- i. *Que se agitan como locos*
- j. *Innumerables*
- k. *Dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello*
- l. *Etcétera*
- m. *Que acaban de romper el jarrón*
- n. *Que de lejos parecen moscas*

Lo asombroso de esta clasificación, comenta Foucault, es la "imposibilidad de pensarla", y lo que "viola" cualquier imaginación y cualquier pensamiento posible, es simplemente la serie alfabética (a, b, c, d) que *liga* con todas las demás



cada una de estas categorías, sugiriendo un "espacio" común de encuentro, pero que se halla él mismo en ruinas.

El DSM-III-R nos dice que las "enfermedades mentales" se dividen en:

Clasificación de las enfermedades mentales (DSM-III-R)

Las enfermedades mentales se dividen en:

- a. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- b. Trastornos y síndromes mentales orgánicos
- c. Trastornos por uso de sustancias psicoactivas
- d. Esquizofrenia
- e. Trastorno delirante (paranoide)
- f. Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados.
- g. Trastornos del estado de ánimo
- h. Trastornos por ansiedad, etc.

Lo enumerado es suficiente para mostrar que en estas ocho primeras clases hay cinco criterios distintos de ordenación, irreductibles entre sí. El primero es el período de la vida en que emerge el trastorno. De acuerdo a ese criterio, aplicado en la letra *a.*, se esperaría que después de los trastornos que se inician en la infancia, la niñez o la adolescencia, se continuara en el punto *b.* con aquellos que se inician en la vida adulta o la vejez. Pero no es así, y el punto *b.* establece otro criterio, que ya no tiene nada que ver con la época de la vida en que se inicia el padecimiento, sino con la causa: Trastornos "derivados" de lesión del SNC (organicidad), criterio que se repite en la letra *c.* Trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Se esperaría que este cambio de criterio se mantuviera y que en los puntos siguientes se continuara con otras "causalidades" como por ejemplo Trastornos "psicorreactivos" o Trastornos de causa desconocida, pero tampoco es así, y en el punto siguiente, *d.*, aparece abruptamente un nombre: *Esquizofrenia*. Es decir, el modo en que llamamos a un complejo conjunto psicopatológico y evolutivo. Desde este criterio, los puntos anteriores deberían haber sido, por ejemplo, "Autismo in-

fantil", "Hiperkinesia", "Disfunción cerebral mínima", "Alzheimer", "Alcoholismo", etc.

No contento con la confusión hasta ahora arrastrada, el DSM-III-R nos vuelve a sorprender. El punto siguiente ya no es una denominación o una suposición causal o un período de la vida en que se inicie el trastorno: Ahora es un fenómeno psicopatológico predominante, el delirio (*e. Trastorno delirante*). De seguir este último criterio la lista de clases debería haber tenido otro carácter, como por ejemplo: Trastorno delirante-alucinatorio, Trastorno confusional, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Trastorno impulsivo, etc.

Pero, la capacidad de incoherencia de esta clasificación es aún mayor. El punto siguiente no sigue ninguno de los criterios anteriores, sino que agrega un cuarto, con el que se llega a una especie de clímax de arbitrariedad: *f. Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados*. ¿Es que se había considerado lo "psicótico" como una categoría, como para derivar desde allí una clase marginal? ¿Respecto de cuál si lo psicótico no ha sido establecido como una clase de "Trastornos mentales"? Este último punto habría sido coherente si se hubiese clasificado a las Alteraciones mentales, por ejemplo, en Psicóticas y no-Psicóticas, pero tampoco es el caso.

Y luego, las cosas no mejoran. Ahora se acude a un quinto criterio, cual es, la alteración de una "función" (*g. Trastornos del estado de ánimo*). Para que esto tuviese algún sentido, antes deberíamos haber estipulado Trastornos de la "cognición", Trastornos de la "percepción", Trastornos del estado de "conciencia", Trastornos de la "función de realidad", etc.

Abusando de la paciencia del lector, en el punto *h.*, se acude de nuevo a un síntoma: la ansiedad. *Trastornos por ansiedad*, quiere decir "síntoma preeminente" o fenómeno "esencial" que "determina" al resto de la constelación clínica. Esto se integraría bien a una clasificación que hubiese partido, por ejemplo, con Trastornos por "alteración del estado de ánimo", Trastornos por "derrucción de la capacidad abstracta", Trastornos por pérdida de la "captación de lo real", etc. Pero, nuevamente no es el caso.

En el DSM-IV la organización tiene las mismas características:



Clasificación de las enfermedades mentales DSM-IV

Las Enfermedades Mentales se dividen en:

1. Trastornos habitualmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia
2. Delirium, Demencia y otros trastornos amnésicos y cognitivos
3. Trastornos mentales debidos a una condición médica general
4. Trastornos relacionados a sustancias
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6. Trastornos del ánimo
7. Trastornos de ansiedad
8. Trastornos somatomorfos
9. Trastornos facticios
10. Trastornos disociativos, etc.

No repetiremos el análisis realizado para el DSM-III-R, pero sí debemos recalcar que le es por entero aplicable.

Visto lo anterior, nos parece que no es posible sostener que estos manuales sean –en serio– clasificaciones, puesto que no existe en ellos ley alguna que establezca orden alguno.

Pero, teniendo en cuenta sus severas insuficiencias lógicas, podría pensarse que se trata de “catálogos” o “guías” de “lo que hay”, es decir de una “colección” o “montón” de

entidades avaladas por el uso y que ostentan nombre propio. Que no es así lo demuestra la tendencia –justamente– a cambiar muchas denominaciones avaladas por el uso por otras inventadas; a trozar entidades, a recortarlas y redefinirlas. Un catálogo de “lo que hay en uso” que no respete precisamente lo que hay en uso, no es un catálogo, sino un “constructo”, y en este caso, por lo dicho anteriormente, además, un constructo caprichoso e incoherente.

Es evidente que las formas y características que adopta el padecer psíquico pueden ser clasificadas desde criterios muy diferentes y constituir desde allí sistemas diversos pero, al mismo tiempo, compatibles: no hay ningún problema en clasificarlas, por ejemplo, respecto de la respuesta a determinadas terapéuticas, o respecto del conocimiento sobre sus causas, o respecto del carácter psicótico o no psicótico de sus manifestaciones, etc. Cada una de estas clasificaciones revelará un aspecto diferente de cada padecimiento: no se obstaculiza el caracterizar a la Enfermedad de Alzheimer por la edad en que suele aparecer, o el hacerlo por las “funciones” principal e inicialmente afectadas (como el recuerdo y la abstracción, por ej.), o por la baja

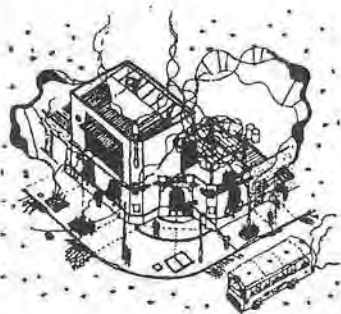
respuesta a las terapéuticas disponibles, etc. Cada criterio de clasificación responde a alguna pregunta y nunca a “todas” las preguntas. Es correcto afirmar que la esquizofrenia es una “psicosis”, pero también lo es decir, como lo hizo Kraepelin, que es un padecimiento caracterizado por una pérdida de la “voluntad”, o como lo hizo Schneider, de etiología somática desconocida, o como lo hace Roa, por la “pérdida de los propósitos de vida”, etc. Cualquiera sea el criterio elegido, desde él mismo es posible “distinguir” un padecimiento de otro. Habrá cuadros que no son “psicóticos”, otros que no pierden la “voluntad”, otros que conservan un “proyecto de vida” y así sucesivamente.

Pongamos un ejemplo: la esquizofrenia que padece Pedro –si aplicamos un criterio clásico– es un “caso” del “tipo” paranoide de la “especie” lúcida de la “clase” psicosis del “género” enfermedad mental. Pero, el aceptar esta jerarquización “exige” y norma a todo el resto de la clasificación. El género supremo, en este caso, es “enfermedad mental”. Si una de las clases es “psicosis”, no podrá haber psicosis en el resto de las clases: todas ellas deberán ser no-psicóticas. A su vez la clase “psicosis” tendrá, por ejemplo, una especie “lúcida”, habiendo otras con diverso tipo de carencia de lucidez, y un “tipo” (entre varios), “paranoide”. Cualquier otro “tipo” puesto al lado de “paranoide” deberá ser no-paranoide, “lúcido”, “psicótico” y una “enfermedad mental”.

Con independencia del “rasgo” elegido para la determinación de las clases de un género, una vez establecido es mandatorio: si elegimos “lo psicótico” para una clase de enfermedad mental no podremos poner *al mismo* nivel un criterio etiológico, por ejemplo “orgánico”, puesto que algunos cuadros orgánicos son “psicóticos”; ni el rango de edad en que se inician preferentemente, puesto que allí habrá cuadros orgánicos psicóticos, cuadros psicóticos no orgánicos y cuadros ni psicóticos ni orgánicos que también aparecen en ese tramo de edad. Lo mismo ocurrirá si elegimos como criterio de las clases la alteración de una “función”: no podremos colocar al mismo nivel (clase) de las alteraciones del estado de ánimo, a cuadros definidos por la

ARIADNA

CENTRO DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL



- CENTRO DIURNO PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- EQUIPO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS
- INTERNACION DOMICILIARIA
- URGENCIAS
- ATENEOS DE ACTUALIZACION CLINICA Y BIBLIOGRAFICA
- SUPERVISIONES

Dra. Liliána Fernández
Directora

PREPAGOS ARANCELES INSTITUCIONALES

CONDE 1002, 1426 Capital Federal

Fax: 555-70 56 Tel.: 555-57 78



edad de aparición o por la etiología, puesto que habrá alteraciones del ánimo de diverso origen, y que emergen a distintas edades. Los ejemplos podrían multiplicarse.

Pero, *lo que no se puede hacer*, es "mezclar" diversos criterios al "interior" de una clasificación, sin transformarla en un sinsentido. Y, un sentido es por definición inútil.

En definitiva –y como suele decirse– no hay clasificaciones mejores o peores, ni menos únicas y necesarias, pero habría que agregar que hay clasificaciones bien estructuradas y lógicas y otras caóticas y absurdas –y por lo mismo– "falsas" clasificaciones, pues pretenden pasar por ellas sin serlo.

Tal vez vale la pena preguntarse si es necesario que la psiquiatría

cuenta con un "sistema taxonómico" propiamente tal. O si el camino para llegar a un lenguaje mínimo común en psiquiatría sea "a través" de clasificaciones. Desde ya, el hecho de que el DSM-III-R y el DSM-IV sean, como tales, sistemas insostenibles, y que eso *ni siquiera sea notado por los usuarios y por los grupos que han controlado su desarrollo*, apoya indirectamente la idea de que, perfectamente, se puede tratar de algo irrelevante. El uso práctico no requiere saber, por ejemplo, qué relación *taxonómica* existe entre un delirio crónico sistematizado y una demencia multiinfarto, o entre la Agorafobia y las dependencias químicas, lo que no significa decir que no interesen las relaciones *clínicas* entre ellas. Pero,

que quien padece una demencia multi-infartos pueda deprimirse, no establece nada más que una correlación de hecho y no un eslabón de una cadena jerarquizada y total, es decir, de un sistema taxonómico. Lo que sí parece ser necesario es la confección de un catálogo de padecimientos psiquiátricos, es decir de un "inventario" de lo que "hay", estructurado con algún orden que no pretenda *parecer ni ser* un sistema jerarquizado (*nomos*). Se trata en suma de que cada nombre dado a los padecimientos psiquiátricos, corresponda a una descripción fenoménica susceptible de validación empírica. No sería sorprendente que una buena, simple y lógica manera de hacerlo, fuera el orden alfabético ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition, revised, 1987.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition, 1994.
3. Foucault, M. *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI editores, S.A., México, 1971.
4. Ojeda, C. La Psiquiatría Biológica (serie de artículos en el Boletín de Psiquiatría Biológica), *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.* 31:119-121; 31:215-217, 1993.
5. Organización Mundial de la Salud, CIE-10. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*, Ginebra, 1992.

tempora

INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Témpora
Card
Asóciase

Para una situación difícil Témpora es una Institución confiable

Dir. Gral.: Dr. Felipe Díaz Usandivaras

Dir. Médico: Dr. César Luchetti

Internación Institucional Breve

- Desintoxicación
- Depresión
- Excitación psicomotriz
- Descompensación
- Consumo compulsivo
- Cambio de Medicación
- Ideación suicida

Consultorios Externos

Programa: Adicciones - Bulimia y anorexia - Violencia familiar - Discapacidad

Residencia Terapéutica Intermedia: Hostal

Un lugar donde vivir temporariamente sin estar internado, con la asistencia adecuada.

Para cuando no es conveniente vivir solo ni con la familia de origen

Soler 5951/61
1425 Capital Federal
Tel.: 771-8114 y Rotativas

Centro de crisis

- Urgencias domiciliarias Psicológicas y Psiquiátricas
- Urgencias institucionales
- Internación domiciliaria
- Acompañamiento terapéutico

Centro de día

- Proceso terapéutico grupal con talleres creativos centrados en las habilidades personales
- Programas de 4 y 8 horas

“Cómo navegar sin brújula”

Taller para familiares de pacientes bipolares

Rosario Hidalgo

Instructora de Residentes de Psicopatología del Hospital Zonal Manuel Belgrano, San Martín.
Av. Santa Fe 2638 3°T, 1425 Capital Federal. Tel. 821-5751.

Alejandro Lagomarsino

Presidente de FUBIPA (Fundación de Bipolares de Argentina). Presidente del Capítulo de Psicofarmacología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos.
Lafinur 3223 9° "19", 1425 Capital Federal. Tel. 801-2994.

Lo más importante en todo campo de conocimiento no es disponer de información acabada, sino poseer instrumentos para resolver los problemas que se presentan en dicho campo
J. Bleger.

Introducción

El taller para familiares de pacientes bipolares fue la consecuencia de dos experiencias previas. Uno de nosotros (A. L.) había organizado talleres para familiares de esquizofrénicos durante 1986/87 en el Centro Privado de Psicoterapias, y posteriormente iniciado la Fundación de Bipolares de

Argentina en 1989. El otro antecedente, más reciente, fue la pasantía de R. H. en Madrid (1995), participando de talleres similares en centros de rehabilitación psicosocial y asociaciones de familias de pacientes esquizofrénicos.

El denominador común de estas actividades es la *psicoeducación*: la capacitación de pacientes y familiares en la enfermedad que los afecta.

Partimos del supuesto de que el trastorno bipolar tiene bases genéticas y neurobiológicas, pero el medio también influye: los acontecimientos estresantes y las relaciones familiares conflictivas afectan el funcionamiento del paciente(4).

Vamos a presentar una experiencia realizada durante los meses de septiembre y octubre de 1996 en la

Fundación de Bipolares de Argentina; se desarrolló en una de las aulas que la Parroquia Santa Elena (Palermo, Capital Federal) tiene para actividades comunitarias y catequísticas. Consistió en siete clases con una frecuencia semanal, impartidas a diecinueve familiares de enfermos, de una duración de una hora y media cada una. Cada uno recibió una carpeta con material escrito a ser trabajado en cada encuentro, con la consigna de que leyeran el texto correspondiente a cada clase por anticipado. Asimismo el material incluía ejercicios para completar en casa, que fueron discutidos durante cada reunión. Este taller fue coordinado por dos psiquiatras, un hombre y una mujer.

Nos planteamos como objetivo mejorar la calidad de vida de la familia, afectada por la enfermedad, utilizando los siguientes *medios*: información, entrenamiento en resolución de problemas e intercambio de experiencias.

Programa del taller

Desde la Primera Reunión, los participantes se sentaron en círculo en pupitres individuales. Esto, sumado a una pizarra en una de las paredes, daba una apariencia escolar a la reunión. Nos presentamos los coordinadores y los participantes, quienes contaron con qué expectativas venían, y la situación de su familiar enfermo. Además anticipamos el programa del taller. Algunas personas habían tomado contacto recientemente con los grupos de ayuda mutua para familiares de FUBIPA. Otros, en cambio, habían compartido ese espacio durante años. Este conocimiento facilitó que rápidamente se estableciera un clima emocional que se fue profundi-

Resumen

Se relata la experiencia psicoeducativa de un taller para familiares de personas afectadas por la enfermedad bipolar. Partimos de la premisa de que esta enfermedad, si bien tiene bases genéticas y neurobiológicas, sufre la influencia de las relaciones interpersonales. La psicoeducación es una forma de promover actitudes más adecuadas para la evolución del paciente, mejorando la calidad de vida de la familia.

Palabras Clave: Trastorno bipolar – Enfermedad maniaco depresiva – Psicoeducación – Familia – Terapia familiar

“HOW TO SAIL WITHOUT COMPASS” WORKSHOP FOR FAMILIES OF BIPOLAR PATIENTS

Summary

The experience of a psychoeducational workshop for family members of patients with bipolar disorder is accounted. We assume that the disease has significant genetic and neurobiological underpinnings, but is also strongly influenced by interpersonal relationships. Psychoeducation promotes adequate attitudes towards the patients in family members, improving his evolution and enhancing the family's quality of life.

Key Words: Bipolar disorder – Psychoeducation – Family – ???

“COMMENT NAVIGUER SANS BOUSSOLE” ATELIER POUR LES FAMILLES DE PATIENTS BIPOLAIRES

Résumé

On relate l'expérience psycho-éducative d'un atelier pour les familles de patients bipolaires. Nous sommes partis de la prémisse suivante: bien que cette maladie ait des bases génétiques et neurobiologiques, elle subit l'influence des relations interpersonnelles. La psycho-éducation est une forme de promouvoir des attitudes adaptées, améliorant ainsi la qualité de la vie de famille

Mots Clé: Trouble bipolaire – Maladie maniaco-dépressive – Psycho-éducation – Famille – Thérapie familiale

zando a medida que se compartían las experiencias vividas. Al final de la reunión les pedimos que contestaran en forma anónima un Cuestionario de Evaluación Inicial con opciones verdadero-falso. Este cuestionario nos sirvió para evaluar sus conocimientos acerca de los puntos críticos de la enfermedad, su tratamiento, y las actitudes a adoptar frente a situaciones difíciles.

Reuniones N° 2, 3 y 4

Estas son las reuniones en las que se volcó mayor información técnica acerca del trastorno bipolar y sus tratamientos.

Los participantes, además de leer el material correspondiente a cada reunión, completaban una "tarea para casa". Esta tarea fue pensada con dos objetivos: reafirmar los conceptos transmitidos en la reunión previa e introducir los temas a tratar en la siguiente. Pero principalmente permitió articular los conceptos generales del cuadernillo, con la singularidad de lo vivido por cada uno. Con ese propósito les planteamos ejercicios con preguntas puntuales, como: ¿los medicamentos que toma su familiar, tienen efectos



desagradables? ¿alguno de ellos le preocupa?, ¿Usted ha observado alguna conducta o característica particular que precede las crisis de manía? Las respuestas que los participantes

traían eran leídas por ellos al empezar cada reunión y los motivaba para los temas a discutir.

Se hizo especial hincapié en los síntomas característicos y en el reconocimiento de los pró-dromos para anticipar las recaídas. Recalcamos que existe un momento clave donde aún se puede detener la crisis antes de que se haga incontrolable, llamado "alerta hipomaniaco" (Jacobson, 1965). Como el genio dentro de la botella, hay que impedir que salga: una vez afuera, resulta mucho más difícil volverlo a su lugar.

También destacamos lo importante que es mantener un tratamiento continuo, porque las crisis tienden a repetirse. Les transmitimos la función de los medicamentos, explicándoles que casi siempre es inevitable que para lograr los efectos terapéuticos el paciente experimente efectos adversos. Mostramos la amplia gama de recursos terapéuticos existentes, desde la terapia de pareja hasta la internación domiciliaria y la Terapia Electroconvulsiva. Este último tema fue de los que más impactó, generó una lluvia de pregun-



AVRIL

clínica de internaciones breves

Excelencia en Salud Mental

Humahuaca 3771 Capital Federal - Tel: 865-9532 / 33

tas sobre el supuesto daño cerebral y el riesgo de muerte. Hicimos lo posible por desmitificar la imagen hollywoodense de este tratamiento.

En el trastorno bipolar, como en otras enfermedades crónicas, demasiadas veces el médico siente que los familiares no colaboran o incluso hacen lo posible por obstaculizar la mejoría del paciente. Por su parte, la familia se defrauda por los resultados del tratamiento, y cambia de psiquiatra; otro objetivo fue mejorar la comunicación con el psiquiatra para lograr una sólida alianza terapéutica.

Reunión N° 5

Desde este encuentro el clima de las reuniones fue cambiando francamente. Creemos que esto se debió, por un lado, a la mayor intimidad que se fue generando, pero además porque los temas tratados tenían relación directa con el rol del familiar, sus actitudes y sentimientos en situaciones difíciles provocadas por la enfermedad.

El primero de estos temas fue la descripción de una técnica para Resolución de Problemas. Este procedimiento, propuesto para lograr acuerdos frente a las dificultades, y un curso de acción eficaz, consiste en seis pasos sucesivos:

1. Definición del problema;
2. Soluciones posibles;
3. Ventajas e inconvenientes de cada solución;
4. Selección de la mejor solución;
5. Poner en práctica un plan de acción;
6. Revisar si el plan fue eficaz.

El objetivo fue ofrecer una metodología que permitiera a la familia enfrentar los problemas con más efectividad, en situaciones de tensión emocional.

El segundo tema fue el de las Habilidades para establecer límites. Los objetivos de este encuentro fueron:

- Reconocer los efectos de la ausencia de límites sobre la convivencia.
- Proponer estrategias para conseguir acotar las conductas descontroladas.

La cuestión de los límites despertó mucho interés y necesidad de profundizarlo en los participantes. Esto sucedió porque la enfermedad (en las fases maníacas) se caracteriza por la omnipotencia, el descontrol y la transgresión.

Es indispensable que la familia pueda reconocer a tiempo los momentos en que todavía puede hacerse cargo de la situación. De no ser así, se llega a un punto en el que el desborde sólo puede ser contenido por recursos de control social (policía, internación psiquiátrica).

Entre las preguntas a responder figuraban: "¿Qué comportamientos de su familiar le parecen insostenibles? ¿Toleraría estos comportamientos en otra persona? ¿Qué podría exigir o pedir a sus familiares para que no sean una fuente de molestia?".

Empezamos la reunión pidiendo que cada uno leyera sus respuestas, y las comentamos entre todos. Tal como esperábamos, los síntomas más intolerables fueron los de la manía, especialmente la agresividad y el descontrol en los gastos y la sexualidad. Las respuestas a porqué los toleraban fueron "porque lo quiero", "porque me siento responsable por mi hija", "porque me digo que es la enfermedad la que está actuando, y no él".

Hubo más diversidad de contestaciones a la pregunta acerca de qué se podría pedir: algunos contestaron con una lista de deseos que reconocían como irrealizables. Otros, más realísticamente, expresaron: "cuando está muy acelerado no se le puede pedir nada"; algunos dijeron que exigirían cooperación con el tratamiento.

A medida que se iban leyendo las experiencias, el clima fue tornándose cada vez más emotivo; las situaciones familiares que se describían eran compartidas intensamente. Varias veces alguien tuvo que interrumpir la lectura, porque la angustia se lo impedía.

Nuestro propósito fue transmitir que la vida de relación exige respeto. Para que las personas de una familia puedan convivir deben existir pautas básicas razonables, aceptadas por todos, incluida la persona enferma. Estas pautas tienden a que el ambiente familiar sea tranquilo y previsible, y son especialmente necesarias cuando el paciente está alterado.

Establecer límites es útil para la persona enferma: cuando el paciente atraviesa una crisis tiene dificultades para ordenarse, y necesita ver que a su alrededor otras personas ponen límites claros y razonables.

Además, acordar pautas de con-

vivencia y adaptarse a ellas es una preparación para vivir en el mundo externo, que es menos indulgente hacia las conductas extravagantes y los síntomas.

Es contraproducente ceder a las manifestaciones de la enfermedad para no enfrentar una discusión con el paciente. No atreverse a decir "no", o ser demasiado tolerante con comportamientos desagradables lleva al resentimiento y la agresividad. Por otra parte, es importante poder distinguir entre los comportamientos molestos—que es necesario sobrellevar en ciertas etapas—de los inaceptables. Por ejemplo, durante una crisis maníaca hay que poder tolerar la inquietud y la agorrea, pero no se puede aceptar la violencia física.

Incluimos una serie de recomendaciones para establecer límites, por ejemplo:

Realizar demandas precisas, lo más concretas posibles, evitando generalidades o varios pedidos a la vez. Por ejemplo: "Si hoy no estás tan deprimido, me gustaría que me ayudes con las compras del supermercado", es preferible a "Vos nunca me ayudás en nada".

Es preferible que las pautas sean acordadas por todos en situaciones de estabilidad, antes de que la tensión aumente; esto permite que el paciente, al haber participado del acuerdo, no interprete el límite como una medida arbitraria. Otra ventaja es que los familiares han planificado, previamente a la crisis, cómo manejarse en ella.

Las situaciones de descontrol exigen una posición activa; no puede uno guiarse por la edad cronológica del enfermo, es preciso darle la estructura que necesita, aunque transitoriamente sea necesario cuidarlo como a un chico.

Hay que evitar las advertencias que no se puedan mantener luego. Tener en cuenta que la persona enferma pondrá los límites a prueba y no los respetará de manera inmediata. Cambiar conductas, especialmente si el paciente está habituado a ellas, conlleva mucho tiempo y firmeza.

Reunión N° 6

La Reunión N° 6 se centró en Habilidades para mejorar la autovaloración y desarrollar expectativas realistas.

Los objetivos fueron:

- Mostrar la importancia de desarrollar expectativas realistas para evitar los ciclos de ilusión al verlo mejor, y posterior decepción ante una recaída.

- Prevenir la frustración basada en la fantasía de la cura, para mejorar la calidad de vida de las familias.

- Fomentar una reflexión sobre los sentimientos que genera la convivencia con la enfermedad.

- Mejorar la valoración y confianza personal.

Este encuentro fue donde el clima emocional se hizo más intenso, dado que se trató de identificar los sentimientos de cada uno hacia la persona enferma (en particular los más difíciles de tolerar, como vergüenza, miedo, culpa). La intención fue propiciar un espacio en el que pudieran reconocerse y aceptarse con esos sentimientos.

En esta oportunidad las preguntas de la tarea apuntaron a explorar estas emociones y las situaciones en las que aparecían. Los sentimientos que predominaron en el grupo fueron el miedo y la vergüenza. El miedo estuvo en casi todos relacionado con las etapas de manía, especialmente ante la violencia. La bronca e impotencia surgieron al recordar el descalabro económico ("que no sabía que



es parte de la enfermedad"). Los familiares contaron que muchas veces no sabían si un cierto comportamiento es propio del paciente o está determinado por la manía. Esto les producía desconfianza ("du-

daba si lo que me hacía era parte de su personalidad o de la enfermedad", "no sé discernir dónde termina la personalidad y empieza la bipolaridad"). Las conductas de desinhibición sexual en público habían suscitado vergüenza ("se tiró lances groseros con una amiga mía"). Algunos hicieron una distinción en sus sentimientos, que variaron antes y después de saber que la conducta estaba alterada por una enfermedad ("antes, desesperación ante el descontrol, y vergüenza. Después paz, tranquilidad y resignación"). Otro escribió: "al principio, miedo y angustia. Después, la aceptación me permitió tener acciones útiles, con tranquilidad y sin miedo".

Algunas sensaciones cambian con el tiempo ("el miedo va disminuyendo a medida que se conoce la enfermedad"). La ilusión al verlo mejor y la tremenda desilusión de cada recaída tienen un costo ("trato de luchar contra la desesperanza", "lo peor es el agotamiento"). Alguien agregó que en los momentos difíciles también había encontrado "alivio al saber que hay tratamientos".

La desesperación que provoca el descontrol de la manía se hizo evidente cuando una de las madres

Clínica Privada Banfield S.A.



al servicio de la asistencia en salud mental

1947 - 1997

"confesó" que había llegado a desear que su hija se muriera "para que todo eso se termine". Muy angustiada agregó en voz baja "acá siento que lo puedo decir".

Entre los temores expresados nos llamó la atención la actitud prudente de una madre que comentó su "miedo a que lo mediquen por lo que yo hablo con el psiquiatra". Esta mujer tenía conciencia de cómo su actitud influye en las decisiones médicas.

La incertidumbre ante el futuro del paciente, los interrogantes acerca de qué impacto tendrá la enfermedad sobre su vida, y la angustia de cómo podrá manejarse el paciente cuando falte el familiar, fueron los principales temas que surgieron al hablar de las expectativas. La esposa de un paciente expresó su "tristeza por lo que queda por recorrer".

Desde el taller intentamos transmitir la idea de que una vida normal es posible, aunque en la actualidad aún no se disponga de cura. En el proceso de duelo por la salud perdida, cuestionamos el pensamiento dicotómico ("está curado" vs. "no hay nada para hacer"). Ninguna de las dos posiciones es cierta: se trata de una enfermedad permanente, con posibilidad de futuras recaídas, pero controlable.

Sobre esta base hacemos analogías con otras enfermedades crónicas, como la diabetes o la epilepsia, generalmente de buen pronóstico si el tratamiento se realiza adecuadamente. Una vez aceptada la existencia del trastorno bipolar, y la importancia de su tratamiento en forma sostenida, la familia puede

tener expectativas ajustadas a esta nueva realidad.

Reunión N° 7

En la Reunión N° 7 se trabajaron las Habilidades para desarrollar y mantener una red de apoyo social. Nuestros objetivos fueron:

- Llamar la atención de las familias sobre la importancia de evitar el aislamiento social que suele acompañar a una enfermedad que afecta la conducta.

- Destacar la utilidad de mantener un grupo activo de familiares de personas bipolares.

Los ejercicios para este encuentro apuntaban a detectar situaciones en que la familia había sentido que nadie podía entender la enfermedad, y las dificultades que genera.

La tarea consistió en contestar preguntas sobre las posibilidades de encontrar ayuda. La mayoría de los testimonios coincidió en que "todos se borran", y pensaban que había varias razones: miedo, desconocimiento, discriminación, rechazo.

Paralelamente la familia tiende a replegarse sobre sí misma por vergüenza, culpa, o temor al qué dirán. Estos dos factores hacen que, con el tiempo, la familia se encuentre aislada.

Les explicamos que es importante mantener las amistades porque:

- conservar los amigos ayuda a prevenir el riesgo de que los familiares sobreprotejan al enfermo y pase a ser el centro de la vida familiar.

- para que la persona enferma vuelva a un funcionamiento normal, es importante estimularla para que tenga sus propias relaciones

fuera de la familia. No es bueno que los padres siempre estén con ella.

Los ayudamos a pensar en las dificultades que ellos tenían para pedir ayuda, en sus propios prejuicios frente a las enfermedades que afectan la conducta, y en sus fantasías de haber sido ellos los causantes.

En relación a la utilidad de que las familias afectadas se agrupen, las respuestas mostraron un consenso: "es un lugar donde uno puede hablar y ser entendido". Además reconocieron que permanecer en contacto con el grupo ayuda a "mantener el alerta... cuando hay estabilidad uno tiende a olvidarse de que la enfermedad sigue estando, aunque no se vea".

Este reconocimiento no es sorprendente si tomamos en cuenta que la forma de acceso al taller fue a través de FUBIPA, que hizo la difusión e inscripción. Además, aproximadamente la mitad de los participantes tienen una presencia regular en las reuniones de la Fundación.

En esta última reunión nos entregaron las respuestas del Cuestionario de Evaluación Final, que habíamos repartido en el encuentro anterior.

Evaluaciones

Para esta experiencia pedagógica utilizamos tres tipos de evaluaciones: evaluación inicial, formativa, y sumativa (Galli, 1992). La primera se propuso averiguar el nivel de conocimientos de los participantes. La evaluación formativa fue realizada en cada reunión y a través de la tarea para casa, para se-



**ACOMPÑAMIENTO
TERAPÉUTICO**

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACION

COORDINACION
**GUSTAVO ROSSI
FEDERICO MANSON
GABRIEL PULICE**

*Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria
Recreación - Traslados - Esternaciones y Rehabilitación*

*Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con
Trastornos graves - Tercera Edad*

865-9104 / 854-2306 / 823-7431

**L'INFORMATION
PSYCHIATRIQUE**

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux



10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,
comentarios de libros, artículos históricos
Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353

guir el proceso de aprendizaje. Al final del taller hicimos una evaluación sumativa o final.

Para la Evaluación Inicial implementamos un cuestionario con quince preguntas de doble alternativa (Verdadero o Falso). Los temas fueron: sintomatología y evolución de la enfermedad, tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, y actitudes de los familiares. Por ejemplo: "Los familiares que tienen auténtica preocupación por el paciente no experimentan sentimientos de irritación o rabia contra él" (V/F).

El puntaje promedio fue de 7,8 puntos. Más del cincuenta por ciento de los participantes obtuvo un puntaje entre 8,6 y 9,2. Estos valores reflejan que se trata de un grupo con un alto nivel de capacitación previa, adquirida a través de su participación en FUBIPA.

Los errores más frecuentes se observaron en relación con las preguntas que evaluaban actitudes, pronóstico y riesgo de suicidio.

La Evaluación Final fue a través de un cuestionario de tipo respuesta múltiple; quisimos hacer un instrumento diferente del inicial, para evitar que encontraran la respuesta correcta sólo por reconocimiento. Para elegir la opción más correcta—no la única correcta—era necesario detenerse a pensar en lo aprendido en el taller. Por ejemplo:

En la convivencia con un familiar enfermo:

1. Es necesario tolerar comportamientos irritantes en situaciones de crisis, sin intentar ponerle ningún límite, porque el paciente no es capaz de comprenderlo.

2. Es importante distinguir qué comportamientos pueden ser tolerados, aunque provoquen cierta molestia, y a cuáles hay que ponerles un límite claro.

3. Hay que estar preparados para soportar cualquier comportamiento,

pues esta enfermedad afecta la conducta de manera imprevisible.

El puntaje promedio fue de 9,2 puntos. El 64% de los cuestionarios no tuvo error alguno.

También pedimos que nos hicieran comentarios y sugerencias sobre el taller. En general todos se mostraron muy agradecidos por la experiencia y por la claridad del material escrito. Entre las sugerencias figuraban las de dedicar más tiempo a las dificultades en la interacción familiar; algunos inclusive propusieron la idea de plantear situaciones-problema para trabajarlas en futuros encuentros. También hubo quienes manifestaron que sería útil un taller similar para pacientes. Es necesario aclarar que como utilizamos cuestionarios de distinto diseño, y por otra parte el Final fue marcadamente más difícil que el Inicial, los resultados obtenidos no pueden ser comparados estrictamente.

Conclusiones

El enfoque psicoeducacional ha sido llamado modelo médico de psicoterapia familiar, porque integra conocimientos provenientes de la medicina (diagnósticos, psicofarmacológicos, neuroquímicos) con otros surgidos de la investigación sobre familias.

El taller fue una aplicación de este enfoque. La información no se limitó al cuadernillo que les entregamos, sino que promovimos un proceso de aprendizaje. Éste recién se evidencia cuando la información se asimila, y aparecen conductas nuevas que implican una modificación de actitudes(5). El objetivo es facilitar cambios en las relaciones entre los familiares y el paciente; es de esperar que podamos observarlos en los próximos meses.

Las preocupaciones y dificulta-

des de los familiares se centraron en las manifestaciones de la fase maníaca, quedando en segundo plano las de la fase depresiva. Es a la inversa en la óptica de los pacientes, quienes padecen la depresión pero por lo general disfrutaban la manía como una experiencia inefable. Esta diferencia genera antagonismo en cómo es vivida la enfermedad, y es necesario tenerla en cuenta.

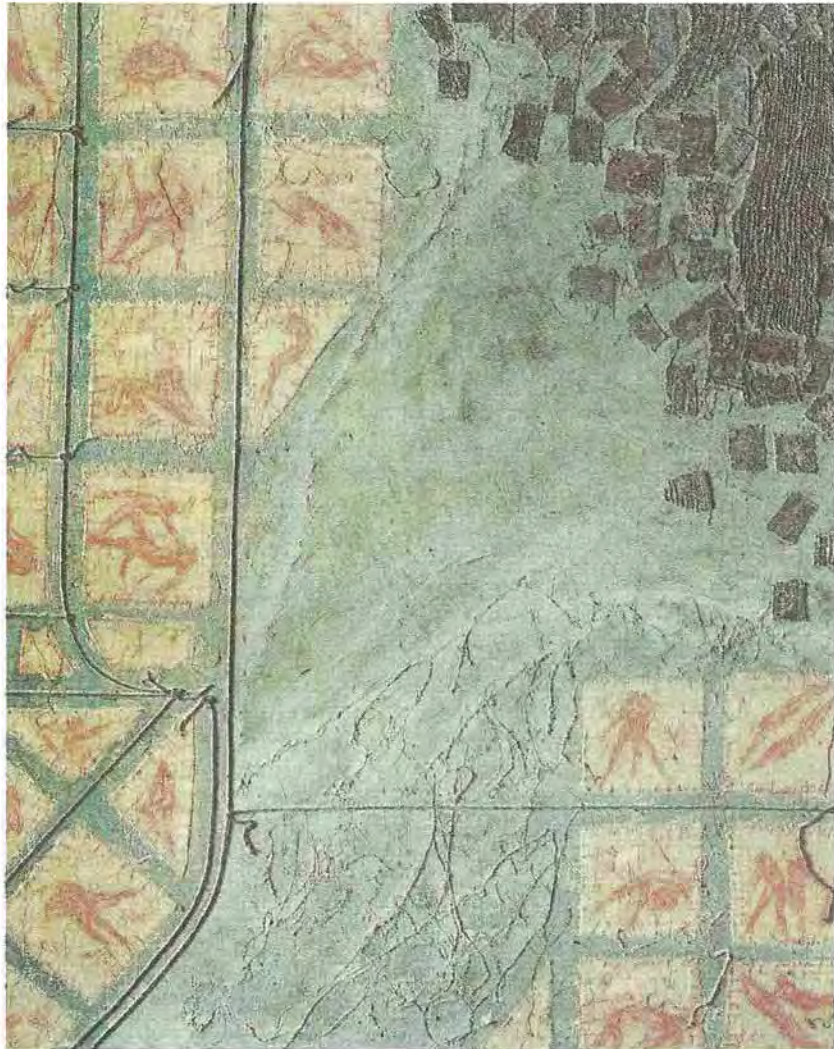
¿Cabe la posibilidad de que los elementos que se dan a la familia sean mal usados? Los familiares podrían utilizar la información sobre la enfermedad para negar su propia participación y responsabilidad, adjudicando todos los problemas al paciente. Teniendo en cuenta esta tendencia, les advertimos: identificar que un miembro de la familia padece el trastorno no descarta las dificultades de los demás integrantes, que pueden influir en la interacción. Así lo trabajamos en los encuentros, tratando de evitar que se genere una división en "bandos" entre "los sanos" versus "el enfermo". En cada encuentro promovimos una interacción que nos permitió evaluar el proceso de aprendizaje, detectando distorsiones como la señalada. Idealmente, este aprendizaje debe formar parte de un abordaje conjunto: psicoterapia, psicoeducación, medicación.

Las familias valoraron tener nuevos instrumentos para resolver sus problemas; como dijo el marido de una paciente, "no saber lo que le pasaba era como navegar sin brújula" ■

Agradecemos a la Lic. Carmen Diaz-Aranda Luque, de cuyo curso-taller realizado en Madrid para familias de esquizofrénicos hemos tomado valiosas ideas. Y a los diecinueve participantes, cuyas vivencias y aportes nos enseñaron más sobre la enfermedad y su entorno.

Referencias bibliográficas:

1. Galli A., Evaluación educacional: Conceptos básicos. *Módulo 5 del Programa de Formación Docente Pedagógica*. OPS/OMS, 1992.
2. Jacobson J. E., The Hipomaniac Alert: a program designed for greater therapeutic control. *Am. J. Psychiatry* 1965, 122(3):295-99.
3. Lagomarsino A. J., Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. *Acta psiquiátr. Am. lat.*, 1990, 36 (1-2), 73-80.
4. Miklowicz D. J., et al. New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharm Bull.*, 1996, 32(4):613-621.
5. Ricón L., Aprendizaje por participación grupal. *Vertex*, 1992, 3(7), 36-39.



Héctor Medici
Bordes y Orillas
Técnica mixta sobre tela
1995
150 x 120 cm



“Desarrollos en psicogeriatría”

Coordinación Daniel Matusevich y Juan Carlos Stagnaro

Desde mediados de 1960 se comenzó a pensar en las características de las enfermedades psiquiátricas que aquejaban a los viejos; los pacientes envejecidos no podían seguir siendo vistos como una colección de síntomas y enfermedades o como individuos en los cuales la demencia, la depresión u otra forma de psicopatología eran simplemente parte del proceso normal de envejecimiento. Hace ya mucho que enfermedad y vejez han dejado de ser sinónimos.

Más que nunca, quedó harto establecido que la enfermedad es siempre el resultado de interacciones e inferencias en extremo viables: debido a que en los viejos lo biológico, lo psicológico, lo social y los factores geográficos se unen para definir la intrasubjetividad del padecimiento mental que quedará significado casi siempre por una etiología multifactorial.

Bajo qué condiciones y de qué modo las diferentes enfermedades mentales se manifestarán en la vejez dependerá mucho más del medio externo, del espacio vital y de las relaciones psicosociales que en las etapas más tempranas de la vida. En ningún otro momento las interacciones entre lo somático y lo psíquico son tan complejas.

En 1985, con motivo de una conferencia pronunciada en Rosario, el Dr. Strejilevich, con la agudeza y profundidad que lo caracterizaban sostenía que “la gerontopsiquiatría, a pesar de su formal denominación no está constituida como subespecialidad de la psiquiatría; y esto es así porque carece de métodos, técnicas y teorías propias”.

Vertex retoma la inquietud del maestro de la psicogeriatría argentina y ha preparado para este dossier una serie de trabajos que desarrollan algunos de los diferentes aspectos que componen esta problemática. Problemática que contextualiza las diferentes exposiciones que aquí se presentan, entendida ésta como un espacio teórico dentro de cuyo ámbito se producen conocimientos, que requiere para su construcción de un sistema de conceptos y sus articulaciones que den cuenta explicativamente del objeto que pretende abarcar. Nuestra intención es la de combinar diversos enfoques como condición necesaria para la construcción del objeto de estudio, la vejez ■

Valorización personal y envejecimiento en la Argentina*

Leopodo Salvarezza

Médico, Psicoanalista. Psiquiatra especializado en Psicogeriatría. Prof. Titular de la Cátedra de Tercera Edad y Vejez, Fac. de Psicología, UBA.
Posadas 1120, 25 "A", (1011), Buenos Aires.

Este es un tema muy vasto y debe ser dividido en dos partes. Comenzaremos por la valorización personal y veremos luego cómo la podemos pensar dentro del desarrollo socio-político-económico de la Argentina actual.

Mi campo de trabajo e investigación es la psicología y en calidad de tal he sido invitado a este encuentro y desde este esquema referencial es desde donde hablaré.

En el campo PSI, encuadramos la valorización personal dentro de lo que se llama la *autoestima* y, por lo tanto, la estudiamos como un fenómeno ligado al narcisismo. Es muy compleja la definición de narcisismo y la misma sufrirá variaciones diversas dependiendo del esquema referencial con el que se trabaje y ninguna llegará a satisfacer jamás a la totalidad de los profesionales de nuestro campo. Por lo tanto debemos saber que todas ellas son *opinables*, aún la que yo voy a utilizar y que proviene de una *manera de pensar al psicoanálisis*.

Propongo entonces, definir al narcisismo como *la valoración que el sujeto hace de sí mismo colocado*

dentro de una escala de valores en cuyo extremo más alto está un Ideal y en cuyo extremo más bajo está el negativo de dicho Ideal. La ubicación dentro de la misma determinará la medida de la autoestima, la cual podrá ser observada tanto en las conductas instrumentales como normativas de los sujetos(1, 4). Ahora bien, si aceptamos esta definición ¿cómo se construye esta escala de valores?

El sujeto se constituye en su identidad desde muy temprano en su infancia a través de la dialéctica de las identificaciones. Esto significa que hay un doble juego de las mismas. Por un lado la imagen de un otro significativo que se ofrece como modelo de identificación. Por otro lado, el sujeto se identifica con la imagen que cree que el otro espera de él: un personaje significativo para nosotros nos ve de una determinada manera y con esa mirada nos identificamos; de la dialéctica entre estas dos identificaciones surgirá nuestra identificación que, en última instancia, no será más que una ilusión o, si se prefiere, una formación ideologizada sobre nosotros mismos, más o menos acorde con la realidad según los casos y que no tendrá validez en sí misma sino en la medida en que sea aceptada por el otro como verdadera.

De esta manera, la construcción

que el sujeto hace de sí mismo –la identidad– incluirá indefectiblemente elementos valorativos que se ubicarán a lo largo de una escala de valores cuyo punto máximo concluirá en la formación de un Ideal, que representará una especie de *abstractus* de un personaje perfecto y anhelado, al mismo tiempo que un concepto ilusorio.

Pero esta escala de valores con el Ideal en su tope tiene, ya que es una medida comparativa, un punto mínimo que es la contrapartida de dicho Ideal y que se denomina *negativo del Ideal*. De esto se desprende que tanto el Ideal como su negativo no deben ser considerados como entidades autónomas en sí mismas, sino como elementos de una categoría relacional de la cual ambos son elementos constitutivos y entre cuyos extremos se desplaza la actitud comparativa del yo del sujeto y de la cual dependerá la medida de la autoestima. La valoración que el sujeto haga de sí mismo podrá fluctuar de un extremo a otro, pero en algunas personalidades –las narcisistas, por ejemplo– el incumplimiento de la identificación con el Ideal lo hará caer automáticamente en la identificación con el negativo del Ideal quedando excluidas las posiciones intermedias de la escala. La autoestima se derrumba.

Hay que señalar que los valores que determinan la escala dependerán de aquellos aportados por la Cultura en general, y por la microcultura familiar donde se desarrolla el sujeto, las cuales establecerán los códigos para operar los datos.

Esta escala de valores no siempre está activada conscientemente –aunque sí lo está en las personalidades narcisistas– y se pone de manifiesto durante situaciones específicas. El envejecimiento suele ser una de ellas.

Durante esta época del curso vital ocurre un fenómeno psicológico a tener en cuenta y que se llama el aumento de la *interioridad*, es decir que en los recuerdos aparece una mirada ampliada y reflexiva sobre uno mismo que despliega una es-

* Ponencia presentada en el *Encuentro de Mercosul sobre Tercera Edad*, realizado en Florianópolis, Brasil, entre el 25 y el 28 de junio de 1997.



pecie de balance sobre el camino recorrido y sobre la forma en que ha sido transitado. Lógicamente, la personalidad previa de cada individuo y el tiempo histórico, político y social que le ha tocado en suerte vivir, determinarán la forma que tendrá dicho balance, pero en líneas generales, sin entrar en detalles por razones de espacio, podemos decir que existen dos formas prevalentes: los que dirigen su mirada hacia lo que han conseguido, y de lo que se sienten satisfechos y hasta felices, y los que la dirigen hacia lo que no han conseguido y por lo cual se sienten frustrados, resentidos, celosos o envidiosos.

La primera forma de recordar se llama *reminiscencia* y se define como "el hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatarlas", definición que, como vemos, no hace mención al aspecto afectivo de la misma. Esta forma de recordar debe ser cuidadosamente diferenciada de la segunda, que se llama *nostalgia*, término que proviene de las palabras griegas *regreso* y *dolor*, y que significa "el pesar que causa el recuerdo de algún bien perdido".

Estas dos formas de recordar llevarán luego, en la vejez, a formas distintas de vivirla y que estarán determinadas por la medida de la autoestima. Si el aumento de la interioridad desemboca en *reminiscencia*, el sujeto podrá sentirse en paz consigo mismo y con los de su alrededor, podrá sentirse perteneciente y comprometido con la sociedad y con su momento histórico y, de esta manera, la personificación de la muerte—siempre presente en esta época—no será un fantasma acuciante sino un mero acaecer. Este estado se denomina *integridad*. Si desemboca en la *nostalgia*, el sujeto sentirá que "el tiempo es corto, demasiado corto para el intento de iniciar otro tipo de vida, para recuperar lo que siente perdido y para probar diferentes alternativas que lleven a la integridad" (2). Este estado se llama desesperación.

Como es fácil observar estaría-

mos en presencia de dos tipos de *ve-*
jeces y en ambas tiene fundamental importancia la autoestima. Pero esta no es una categoría estática sino que, como vimos, es el resultado de un movimiento psíquico. Si esto es así, entonces ¿como se regula la autoestima? ¿de qué depende la valoración narcisista?

Estas preguntas no tienen una respuesta unívoca porque dependerán, como todas las conductas humanas, de una multiplicidad de factores que son las que habrán determinado la estructura de la personalidad del sujeto. Aquí conviene recordar que Freud decía que "toda psicología es siempre social", con lo cual aludía al hecho de que en todas nuestras conductas, en todas nuestras relaciones, siempre está presente un Otro que nos va a determinar en su/mi inclusión, en su/mi exclusión o en su/mi reciprocidad. Este Otro puede ser interno o externo y esto tiene fundamental importancia para el tema de la autoestima porque habrá sujetos que podrán regularla preferentemente desde adentro, en relación con el otro interno, en tanto que para otros será imprescindible la presencia y la mirada del otro externo; se reflejarán y se verán reflejados en el afuera sin poder escapar a su determinación. Ninguna de estas modalidades es en sí misma buena o mala, ni es una mejor que la otra, simplemente son diferentes. Los peligros que puedan entrañar dependerán, como en todas las cosas de la vida, de los excesos cometidos por una extrema fijación a una de las dos modalidades sin la plasticidad suficiente para hacer los cambios cuando éstos fueren necesarios.

Ahora bien, los tiempos que corren son especialmente difíciles para aquellos viejos que dependen de las circunstancias externas para regular su autoestima. Desde todas las ciencias humanas se aportan diariamente argumentos para avalar la idea de que estamos en una cultura del *narcisismo* en tanto las condiciones sociales reinantes tienden a intensificar el narcisismo individual preexistente (3). Hay algunas pun-



tuaciones generales que convendría revisar desde la óptica de los viejos.

1 "Vivimos en un mundo contemporáneo complejo y amenazable que promueve la inseguridad, lo que lleva al hombre a sentir que disminuyen sus expectativas de vida". En los tiempos en que el investigador americano Lasch lanzó esta tesis era la época de la guerra fría y del temor a una conflagración mundial que acabara con todo y con todos. Pero aun así, para muchos, la posibilidad estaba lejana en tanto dependía de aquellos otros que podrían utilizar el *teléfono rojo* y hacernos volar. Hoy esa amenaza se ha esfumado pero, paradójicamente el peligro se ha acercado, está a nuestras puertas y nos golpea a todos, pero especialmente a los más desprotegidos. La violencia urbana, los asaltos callejeros, el tránsito descontrolado y sus accidentes, la urgencia de los drogadictos, la violencia familiar, la polución ambiental, aumentan sin cesar. Todo esto genera una sensación de urgencia por conseguir todo rápido, por acapararlo y almacenarlo sin reparar en los medios. Los valores se concentran en uno mismo: auto-preocupación, autopreservación y autoindulgencia. Los que pueden se encierran en *country*s, barrios privados o fortalezas rodeados de custodios. La solidaridad hacia el otro, desprotegido, desaparece, y éste queda a merced de los peligros.

Gran parte de los viejos forman

parte de este segmento social desprotegido y sin recursos para aislarse en un reducto privado. Paradojalmente, cuando esto último existe, no se lo vislumbra como una solución sino como un peligro adicional: *cada vez ven crecer más geriátricos cercanos que los esperan.*

2 Los medios de comunicación masivos glorifican a los ricos y famosos por su belleza, poder y bienestar. Para gran parte de la población pasan a convertirse en ideales y se busca una satisfacción substitutiva narcisista a través de una seudoidentificación maníaca. Basta ver cómo los nombres de moda para los recién nacidos generalmente se extraen de las telenovelas de éxito.

Pero para los viejos esto no sirve porque los modelos propuestos por los medios de comunicación suelen ser, casi sin excepción, jóvenes. Los viejos no podrán identificarse jamás con ellos, a menos de caer en el ridículo, y se sentirán excluidos real y afectivamente.

3 Las condiciones actuales del trabajo, con el énfasis puesto en la seducción en las relaciones interpersonales, en el triunfo y en el éxito en sí mismos en oposición a los valores éticos del trabajo, suministra a las personalidades narcisistas la oportunidad para desplegar sus capacidades de manipulación de los otros y para reforzar su autoestima a través de la búsqueda de gratificaciones permanentes.

No es este el caso de las personas que envejecen, las que generalmente se enfrentan en esta edad con la amenaza de la pérdida de su rol pro-

ductivo, jubilación mediante. Ésta, al provocar un cambio significativo y precipitado desde la categoría de activo a la de pasivo confronta al individuo con todos los estereotipos negativos y prejuiciosos sobre la vejez y pone a severa prueba la capacidad de regulación de la autoestima. Y esto sin entrar en consideraciones sobre la propia dificultad para conseguir empleo en razón de la edad avanzada.

4 La biomedicalización de la vida alimenta una preocupación narcisista por la enfermedad y la muerte al exigirle al individuo un chequeo constante de todo su funcionamiento sobre la base de reglas puestas por el paradigma médico, pero que en realidad está manipulado por la poderosa industria farmacológica.

Esto es especialmente peligroso para el individuo viejo quien, al no sentir su cuerpo buscado como objeto de deseo, lo puede ofender como sacrificio a la enfermedad. A pesar de que los viejos constituyen entre el 15 y el 20% de la población según los países, el 37% de las consultas médicas las realizan las personas de este grupo etáreo. Y eso no quiere decir que estén necesariamente enfermos sino, y esto es lo importante, que una gran proporción *se creen enfermos.*

Con todas estas consideraciones, ciertamente preocupantes que he hecho hasta aquí ¿podrán mantener alta su autoestima los viejos que necesitan regularla desde afuera? Parecería que no... a menos que ellos mismos participen en la creación de sus propias condiciones externas. Voy a dar un ejemplo.

Envejecer en la Argentina en este fin de siglo es hacerse pasible de todo lo que hemos expuesto anteriormente y que es válido, además, para la gran mayoría de los viejos de occidente. En este sentido, nada nuevo. Pero, sin embargo, en nuestro país hay que recalcar dos singularidades que son producto de nuestra propia y reciente historia y que, creo, no podemos ni debemos soslayar.

A los viejos de nuestro país, hoy en día se les brinda la posibilidad de identificarse con dos grupos extraordinariamente activos que, a pesar de haber surgido de condiciones humillantes y dolorosas, han recorrido el mundo con su imagen para hacer valer sus derechos y sus reclamos y que hoy ya forman parte del imaginario colectivo de nuestra época.

Uno de ellos son *Los jubilados de los miércoles en el Congreso* y el otro —que en realidad son tres— son *las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo* y *los Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas*. Estos viejos argentinos, mediante su poder de agrupamiento y convocatoria, han tomado en sus manos la defensa de sus derechos cosa que, además, les ha permitido:

1. utilizar su accionar conjunto para reforzar su autoestima, lo que se comprueba viéndolos a través de los numerosos reportajes que los medios de comunicación les realizan y

2. brindar a los demás viejos un modelo de identificación posible de defensa contra los peligros externos que hemos señalado más arriba. Que los podamos utilizar o no, ya dependerá de nosotros mismos ■

Referencia bibliográficas

1. Bleichmar, H., *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1982.
2. Erikson, E., *Adulthood*. W. W. Norton, New York, 1978.
3. Lasch, C., *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*, W. W. Norton, New York, 1975
4. Salvarezza, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. 4a. ed., Paidós, Buenos Aires, 1996.

Síndrome de adaptación al geriátrico (S. A. G.)

Daniel Matusевич

Médico especialista en Psiquiatría. Médico de planta del Hospital Italiano.
Miembro de la International Psychogeriatric Association.

Judith Szulik

Médica Psiquiatra. Ex instructora de residentes del Hospital Italiano.
Miembro de la International Psychogeriatric Association.

Lavalleja 1260. (1414) Bs. As., Argentina, TE: 776-1069, E-mail: dada@impsat1.com.ar

Introducción

Una de las realidades que caracterizan este fin de siglo es la proliferación de instituciones geriátricas; en 1980 existían en Estados Unidos 18.900 establecimientos con aproximadamente 1.4 millones de camas; en 1993 ese número aumentó a 19.100 hogares con una disponibilidad de 1.7 millones de camas. Se estima que aproximadamente un 40% de los viejos pasarán en cierto momento de sus vidas algún tiempo como huéspedes de un geriátrico; la proporción de personas que habitan estos lugares aumenta con la edad siendo del 1% entre 65 y 74 años, del 3% entre 75 y 84 años y del 22% en aquellos de más de 85 años(1, 3, 13, 19, 21).

Estos datos nos alertan con respecto a la necesidad de estar atentos frente a la aparición de nuevas formas de manifestación de los fenómenos que constituyen las enfermedades mentales, ya que al cambiar los ámbitos y los escenarios es inevitable que también cambien los actores y en consecuencia sus padecimientos. Es ampliamente conocido que la prevalencia de desórdenes mentales en las instituciones geriátricas es elevada, variando según los diferentes autores desde un 70% hasta un 94%; la patología más fre-

cuente es la demencia, seguida por los trastornos afectivos y por los trastornos psicóticos(4, 5, 6, 8, 10, 12, 19, 21). Esto ya de por sí nos plantea el desafío de pensar cuál es el efecto que produce la convivencia de viejos sanos y enfermos, mentalmente hablando, en un mismo ámbito vivencial, así como de agrupar viejos con diferentes patologías en un mismo lugar físico. También se sabe desde hace tiempo que no es sencillo aplicar las categorías diagnósticas habituales a los problemas psiquiátricos que encontramos en las residencias para viejos, ya que allí se produce una complicada interfase entre factores médicos y sociales que hacen muy difícil la discriminación clínica y el consiguiente tratamiento. Es aquí donde nos enfrentamos con una situación en la cual aquello que fue imaginado y creado por los hombres tiene una contribución decisiva en lo que podemos llamar la instalación de una nueva clínica: la de los viejos que habitan las instituciones geriátricas(7, 15).

No está claramente establecido por qué aún no han sido formulados criterios de agrupabilidad y de convivencia entre los distintos grupos de viejos, pensando cuál podría ser la mejor opción vital para cada uno, en lugar de simplemente amontonar a los ancianos como si

la residencia en los geriátricos fuera natural y no una consecuencia de la sociedad actual(15, 17, 22).

En este trabajo describiremos lo que para nosotros es una entidad con peso propio en el universo psicogeriatrico y que hemos dado en llamar *Síndrome de Adaptación al Geriátrico (S. A. G.)* que, como tal, requiere de un manejo y de una conducta específica tanto en el plano psicofarmacológico como en el psicoterapéutico y en el familiar.

Entendemos por S. A. G. al conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que un viejo sabe que será institucionalizado o a partir de la institucionalización propiamente dicha; los mismos se expresan como elementos nuevos o como la exacerbación de aquellos síntomas preexistentes.

Desde lo que podemos llamar el punto de vista práctico nadie deja de reconocer que el ingreso a una institución total(7) como lo es el geriátrico produce en algunos de los que lo sufren una serie de cambios que afectan la esfera mental de la persona y que no siempre son tenidos en cuenta, quedando tapados o disimulados por los problemas psiquiátricos o clínicos que pueden presentarse en algunos viejos y que nosotros pensamos que constituyen otro nivel de complejidad; podemos decir que estos problemas vienen con el viejo mientras que el S. A. G. se agrega como consecuencia del cambio existencial que implica la mudanza al geriátrico con la profunda huella que deja en cada anciano, definida claramente por su historia(15, 16).

Queda así delineado un proceso que puede ser reversible o no, según la situación y la persona que lo padece, que produce cambios significativos en la vida del que lo sufre y que modifica su percepción y su forma de enfrentar la realidad.

Síntomas

La prevalencia de desórdenes psiquiátricos en la población re-



cientemente admitida en las instituciones geriátricas es cercana al 80%; en relación a esta elevada cifra cabe preguntarse si la misma es consecuencia de desórdenes mentales que motivan la internación o quizás estamos frente a la presencia, en algunos casos, de síntomas que se pueden adscribir al S. A. G. (3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 19, 21).

• *Trastornos del sueño:* consisten básicamente en insomnio de conciliación y/o de mantenimiento y cambios en el ciclo vigilia-sueño. Como sabemos, los viejos padecen insomnio más frecuentemente que otros grupos etarios, pero la proporción de viejos institucionalizados en geriátricos que presenta este problema es mucho mayor que aquella correspondiente a los que residen en la comunidad. Según nuestra experiencia este síntoma se instala o empeora rápidamente a partir del pasaje al geriátrico y resulta fácilmente explicable: el cambio de hábitat del individuo que implica una nueva habitación, una nueva cama y probablemente un compañero de cuarto, dificultan la preservación del ritmo de sueño previo; esto se complejiza aún más cuando ese compañero deambula toda la noche, se confunde de cama o se halla en coma por alguna enfermedad clínica, ya que en general no son tenidas en cuenta las características de los distintos huéspedes a la hora de distribuir cuartos sino más bien las necesidades del geriátrico que habitualmente no están relacionadas

con criterios científicos. Asimismo la organización de la institución impone un horario único de reposo para todos los viejos, dejando de lado los hábitos personales de cada huésped; en general "son acostados" muy temprano ya que así se facilita el orden y el mantenimiento de la institución total; entonces es muy frecuente que los cuidadores reporten que algunos residentes se despiertan a las 3 o a las 4 de la madrugada, pero sucede muchas veces que estos "insomnes" se durmieron a las 21 hs., con lo cual ya han descansado 6 ó 7 hs. que resultan en la mayoría de los casos más que adecuadas. Podemos apreciar con claridad que no nos enfrentamos a un insomnio clásico sino más bien a un pseudo insomnio condicionado en gran parte por el medio ambiente.

• *Trastornos en la alimentación:* consisten no sólo en la disminución de la ingesta, vinculada muchas veces con los trastornos del ánimo, sino también en conductas regresivas en torno a la alimentación, como el rechazo por los sólidos o la necesidad de ser alimentado por terceros sin que exista un impedimento físico para hacerlo autónomamente. Las modificaciones en la dieta que lógicamente suceden a la institucionalización inciden en la presencia de este síntoma ya que por más sabrosa y de buena calidad que sea la comida, no es la acostumbrada. Muchas veces a través de la aceptación o el rechazo del alimento se plantea una lucha entre el viejo y los cuidadores, dado que el geronte percibe rápidamente que es fundamental para el personal que se alimente bien porque, junto al aseo y a la ausencia de malos olores constituyen las señales que la familia busca detectar para determinar la calidad de la atención. Resulta notable la importancia que tiene para los viejos la preservación del sueño y de la alimentación; casi podríamos afirmar que las modificaciones de estas variables nos permiten predecir la posibilidad de la aparición de otros síntomas.

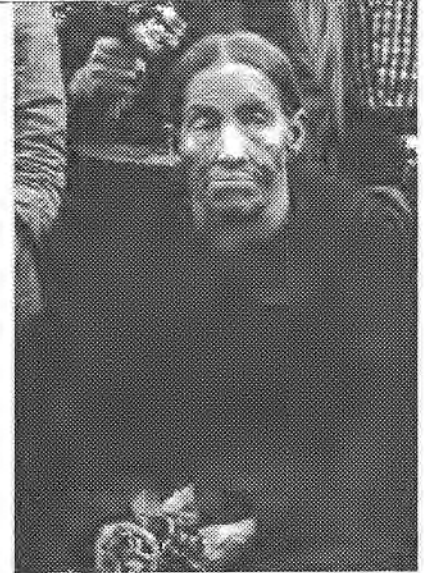
• *Trastornos del humor:* se presentan una serie de síntomas afectivos que varían según la personalidad previa del viejo y que en principio no llegan a configurar un episodio depresivo mayor; en general se manifiestan en forma aislada y se asocian a los otros síntomas que constituyen el S. A. G.. Los más frecuentes son:

1. *Tristeza:* este síntoma en general se presenta en los primeros tiempos en los que el viejo llega al geriátrico; se objetiva a través de diferentes conductas como pueden ser rechazar a las visitas, negarse a hablar, no querer alimentarse, tener ideas de desesperanza con respecto al futuro. También se pueden encontrar ideas de culpa y de inutilidad en relación a tratar de buscar una explicación con respecto a las nuevas condiciones de vida.

2. *Labilidad afectiva:* es muy habitual que el viejo sea encontrado llorando sin motivo aparente; en caso que se le pregunte qué le pasa en general hace un comentario en relación a su nueva situación vital.

3. *Ideas de suicidio:* son de características manipulativas y expresan la forma de sentir del anciano con respecto a su destino; es común que se presenten en viejos que nunca antes las tuvieron y deben ser tenidas muy en cuenta por los cuidadores y la familia ya que es habitual observar que muchas veces son desestimadas y consideradas simples llamadas de atención.

• *Trastornos de conducta:* los trastornos de conducta constituyen una de las causas más comunes de internación en geriátricos y asimismo complican la atención y el cuidado en los mismos. Consisten en agresividad verbal y física, deambulación constante, resistencia a aceptar los cuidados o demandas continuas de atención, apatía, inactividad y hasta episodios de incontinencia de esfínteres. Una mención especial merecen las conductas inapropiadas como arrancarse los pañales, quitarse la ropa o tocarse los genitales debido a que las mismas generan un gran impac-



to en los cuidadores y si bien a veces no constituyen molestia alguna para el residente o para terceros, es ese impacto el que instala el síntoma como tal.

- *Reacciones delirantes:* se observan sobre todo ideas delirantes de contenido persecutorio en relación a robos de pertenencias por parte del personal o del resto de los residentes, ideas de daño referidas a envenenamiento a través de la medicación o de la comida y de perjuicio directamente relacionadas con habitar el geriátrico. Los contenidos de los delirios se apoyan en la realidad del individuo que ha tenido que abandonar parte de sus bienes y su antiguo hogar. Muchas veces las ideas delirantes no llegan a configurarse como tales y el síntoma se restringe a una desconfianza marcada facilitada por el cambio de un entorno familiar a otro absolutamente extraño; no sólo el lugar es desconocido sino también las personas que lo habitan son extrañas para el nuevo residente. El delirio se relaciona con la forma en que se produce la adaptación a una nueva situación.

- *Desorientación témporo-espacial:* la frecuencia de este síntoma es alta, ya sea en dementes, en los cuales se intensifica la desorientación como en aquellos que no la presentaban con anterioridad. El ingreso al geriátrico, con la consecuente desaparición de los objetos familiares, como muebles, adornos, utensilios, recuerdos, olores, inciden en la alteración de la percepción espacial. Muchas veces el nuevo huésped trae una serie de elementos a su nuevo lugar de residencia, que pueden ir desde muebles hasta fotos con el objeto de tratar de conseguir alguna sensación de familiaridad; lo más habitual de observar es que esos objetos, insertados en un nuevo lugar pierdan gran parte de sus características de objetos propios para pasar a transformarse en recuerdos de una vida que no se volverá a repetir. Las señales que indican el correr del tiempo con las que cada uno de noso-

tros está habituado y que forman parte imperceptible de nuestra orientación temporal, también se esfuman, dejando al viejo carente de los recursos de los que puede valerse para ubicarse en el tiempo. Esta doble desorientación puede contribuir a que el viejo resignifique delirantemente su nueva vida con consecuencias difíciles de predecir.

- *Ansiedad:* consiste en una reacción de ajuste y se manifiesta con mucha frecuencia durante el período previo a la institucionalización y por sobre todo durante el inmediatamente posterior. Puede aparecer como síntoma aislado o asociada a confusión; las fallas de la memoria consideradas normales para la edad contribuyen a intensificar la ansiedad por la dificultad que determinan en la adaptación a nuevas situaciones.

- *Quejas somáticas:* se centran en quejas relacionadas al tracto gastrointestinal como por ejemplo la preocupación excesiva por la evacuación intestinal y dolores imprecisos y mal definidos fundamentalmente del aparato osteoarticular. También son frecuentes las cefaleas y los mareos; se puede observar toda la gama que abarca desde simples quejas hasta verdaderas situaciones hipocondríacas que pueden llegar a movilizar a todo el aparato médico de la institución. El sentido de estos síntomas puede estar relacionado con una necesidad de ser tenidos en cuenta y ser escuchados, siendo el cuerpo un vehículo privilegiado para ese fin ya que no siempre existe un espacio para poder elaborar el duelo por la vida que se dejó atrás y la queja somática en general es siempre tenida en cuenta porque podría estar relacionada con un problema físico grave.

Es necesario remarcar que la realidad tiñe todos los síntomas que componen el S. A. G.: insomnio en quien abandonó su hábitat de descanso, delirio persecutorio en quien ya no tiene nada, desorientación en quien cambia de barrio, y así sucesivamente.

Las manifestaciones del S. A. G.

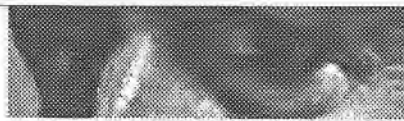
varían de acuerdo a cuál sea el síntoma predominante y alrededor de éste se constituyen los demás creando una intrincada trama en la cual se combinan aquellos elementos patológicos preexistentes con los nuevos elementos que son fruto de la exposición a la situación vivencial. Es necesario remarcar la singularidad de cada experiencia, dada por las características de la enfermedad del viejo y por aquellas del geriátrico designado, ya que no hay que perder de vista que cada institución tiene rasgos propios que de alguna manera definen lo que pasa en su interior.

Queda para otra ocasión la discusión acerca de qué ocurre con las mezclas de viejos y sus diferentes enfermedades o cuáles son las diferencias entre lo que podemos llamar geriátricos y los llamados gerontopsiquiátricos, en relación a las opciones que allí se ofrecen a los viejos institucionalizados(13, 18, 21).

Factores de riesgo

Consideramos que existen una serie de situaciones que permiten predecir con cierta precisión cómo será el proceso que experimentará la persona en su tránsito hacia la institución geriátrica; el conocimiento de esos acontecimientos puede ser de gran utilidad ya que actuarían predisponiendo al viejo a padecer un S. A. G.:

- *Mentiras:* es muy habitual que



no se le diga la verdad al viejo que va a ser institucionalizado; no es sencillo enfrentar esa situación y la familia prefiere algunas veces evitar la verdad con la falsa concepción de que una vez adentro todo va a ser más sencillo. En ocasiones son los propios administradores de las instituciones los que animan a los familiares a tomar este tipo de actitudes que a la larga son muy perjudiciales en varios sentidos, tanto en la relación del viejo con la institución como con su propia familia. Existe un acervo de explicaciones que se utilizan en estos casos generalmente apoyadas en la transitoriedad basada en la rehabilitación; con frecuencia se escucha que el paso del tiempo atenúa el efecto de la mentira y que el viejo termina aceptando con resignación su destino.

• *Decisión unilateral:* este punto está muy relacionado con el anterior; son muy pocos los viejos consultados por sus familias con respecto a la futura internación; en general se considera que ya sea por problemas psiquiátricos o por el lógico paso del tiempo el viejo deja de estar en condiciones de ser protagonista de ese momento que definirá el resto de su vida y son los familiares los encargados de tomar la decisión. No es habitual que el viejo decida internarse por voluntad propia; en caso de que así fuera es necesario evaluar cuidadosamente esa elección ya que muchas veces enmascara situaciones depresivas que más que ser consideradas elecciónes

podrían ser pensadas como renuncias a enfrentar la vida (4, 5, 9).

• *Enfermedad psiquiátrica preexistente:* podemos conjeturar que los padecimientos gerontopsiquiátricos se constituyen en un factor de riesgo importantísimo a la hora de evaluar la institucionalización; la capacidad de adaptación de un viejo demente, deprimido o psicótico, por citar algunas opciones, sin duda tambaleará frente al desafío que representará la mudanza; queremos consignar que cuando hablamos de mudanza no nos referimos solamente a lo habitacional sino que fundamentalmente estamos pensando en la mudanza de vida representada por el cambio de coordenadas vitales que se expresan en el geriátrico.

• *Enfermedades clínicas:* la mayoría de los estudios cuantitativos muestran que los padecimientos clínicos figuran como primera causa de internación geriátrica. Esto plantea una situación muy interesante ya que durante las enfermedades la capacidad de adaptación a nuevas situaciones está disminuida en quienes las padecen y ese es un momento de gran vulnerabilidad que favorece el desarrollo de un S. A. G.; muchas familias y muchos profesionales sostienen que en los momentos difíciles que tienen que ver con la recuperación de procesos agudos o con el sostén de situaciones crónicas el geriátrico es el lugar indicado para superar la contingencia; esta creencia debe ser como mínimo cuestionada a la luz de las nuevas investigaciones que nos muestran las imprevisibles evoluciones y los síntomas a menudo difíciles de catalogar que se desarrollan en las instituciones geriátricas, complicando el cuadro de base.

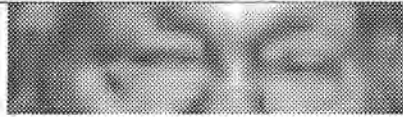
• *Mala relación familiar:* podemos decir que aquellas institucionalizaciones que se realizan a la sombra de conflictos intergeneracionales están condenadas de antemano porque el geriátrico es vivido como una cárcel o como una institución psiquiátrica —nunca como un hogar sustituto— donde el viejo

es abandonado para sacarse el problema de encima. Este punto está muy relacionado con los dos primeros y plantea la complicación adicional de tener que determinar si la institucionalización no constituye, por ejemplo, una venganza contra los padres, lo que complejizaría el futuro del viejo internado y también introduciría una variable de muy difícil manejo en el resto del entramado familiar. Actualmente en nuestro país no es fácil encontrar geriátricos que realicen evaluaciones psicológico-psiquiátricas en el momento de la admisión así como tampoco abundan los lugares en donde se explique a las familias y a los futuros huéspedes la real dimensión que subyace a la decisión de institucionalizar.

• *Duelo:* es habitual observar internaciones geriátricas consecutivas al fallecimiento de uno de los miembros de la pareja y la imposibilidad de que el sobreviviente continúe viviendo solo. Se produce entonces la superposición entre la institucionalización y el duelo con consecuencias difíciles de evaluar que muchas veces contribuyen a la confusión con respecto a cómo es tratado ese viejo, teniendo en cuenta que el duelo no es una enfermedad pero que si se complica por ejemplo con un S. A. G. puede instalarse como una situación crónica de características varias con síntomas psiquiátricos de diferente tipo.

• *Problemas sociales:* muchas veces se produce un desfase socioeconómico entre el ámbito del cual proviene el viejo y la institución a la cual arriba. Algunos disfrutaban de situaciones más confortables o, por el contrario, otros no contaban con ciertos elementos de confort; cualquiera de estas alternativas se constituye en un factor más a tener en cuenta para evaluar la adaptación a la institución.

• *Desarraigo:* en una investigación anterior demostramos que la institución geriátrica es un lugar al cual se entra pero de donde no se sale; aunque las salidas se produzcan, en el caso de muchos viejos autová-



lidos, no es lo mismo volver a la casa que retornar al geriátrico¹. Este hecho tiene profundas implicancias en cómo se sigue desarrollando la vida de la persona institucionalizada, ya que la pérdida de coordenadas que representa el abandono del barrio y sus puntos de referencia pueden producir en algunos viejos fenómenos como los que caracterizan al S. A. G. Resulta interesante destacar en este punto aquellas instituciones que acogen personas de una misma comunidad de origen e incluso que han sido fundadas por determinada comunidad para sus viejos. En ellas la referencia a un mismo origen funciona como elemento de contención e integración que amortigua los efectos del desarraigo.

Evolución

La bibliografía nos informa de un elevado porcentaje de fallecimientos acaecidos durante el transcurso del primer año de institucionalización en los geriátricos (3, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 21). Consideramos que entre las diversas especulaciones sobre el origen de este dato debe tomarse en cuenta muy seriamente al S. A. G. como causa posible: en otras palabras, una evolución posible es la muerte.

El S. A. G. también puede cronificarse y es aquí donde comienzan a tomar forma entidades psicopatológicas más fácilmente diagnósticables como cuadros depresivos, delirios, etc. que se suceden sin solución de continuidad con los síntomas del S. A. G.

La medicalización (20) es la tercera forma evolutiva posible ya que el tratamiento más habitual suele ser la farmacoterapia que en general una vez instaurada suele perma-

necer indefinidamente. Así es como nos encontramos con pacientes medicados con neurolépticos o benzodiazepinas desde épocas remotas sin que se haya revisado el esquema de medicación.

Por último, creemos que la posibilidad de una buena evolución estará determinada por la medida en que los factores de riesgo sean llevados a un terreno de la mínima expresión posible, en una institución que reconozca la existencia de estos síntomas como casi inevitables y no intente negarlos o minimizarlos, con una familia que vivencie este proceso junto a su viejo y no lo abandone por fastidio o por culpa, con cuidadores capacitados para recibir, acompañar y reconocer este pasaje y con profesionales especializados para implementar las medidas terapéuticas adecuadas a nivel psicoterapéutico, psicofarmacológico y familiar. Aún así el pronóstico es incierto.

Indicadores de mejor pronóstico

Los mismos resultan los opuestos de los factores de riesgo:

- *Internación por decisión propia*: se debe determinar cuidadosamente este punto ya que muchas autointernaciones en realidad ocultan situaciones de características depresivas o sometimiento al deseo de algún miembro de la familia.

- *Internación de la pareja*: en algunos casos se observan matrimonios, sobre todo aquellos que no tienen descendencia, que en algún momento deciden internarse por propia voluntad u otros casos en los cuales la familia toma la decisión debido a la enfermedad de alguno de los integrantes de la pareja. El hecho de estar juntos alivia los avatares de la adaptación. Es frecuente ver que cuando se produce el fallecimiento de uno de los dos, el que queda comienza a presentar síntomas que no padeció con la internación; más allá del duelo que ocupa el primer plano y contamina toda la situación, se pueden detectar elementos compatibles con el S. A. G.

- *Evitar el desarraigo*: en general es recomendable que la institución esté ubicada en los lugares que fueron referencias para el viejo, como barrios conocidos, cercanos a su domicilio o al de sus familiares, y, como mencionamos anteriormente, la importancia de referentes comunitarios que conecten al viejo con sus orígenes.

- *Familias continentes*: podemos decir que en estos casos no es el viejo el que se institucionaliza sino que es la familia la que lo hace a través de un compromiso existencial que actúa como "buffer" y que permite una transición menos traumática del mundo externo al mundo propio de la institución geriátrica.

Diagnóstico y tratamiento

El tratamiento del S. A. G. debe enfocarse mediante un abordaje múltiple que contemple la complejidad de la situación que se describió anteriormente.

Resulta de utilidad pensar en tres niveles diagnósticos que a su vez determinarán sendas conductas terapéuticas:

- *Diagnóstico sintomatológico*: en este punto se deben precisar los diversos síntomas a través de los cuales se expresa el S. A. G. realizando una cuidadosa investigación, mediante las entrevistas que sean necesarias con el viejo y sus familiares, con el fin de poder determinar cuáles son los elementos de reciente

1. Esta conclusión se basa en un trabajo de investigación anterior, realizado por los autores, sobre envejecimiento e institucionalización geriátrica, tomando como base un relevamiento sobre geriátricos de la Capital Federal.

aparición vinculados con la institucionalización y cuáles, si los hubiere, son preexistentes. En general, los síntomas de reciente aparición y sin antecedentes previos nos orientan a mantener, en un principio, una conducta expectante, ya que muchas veces son transitorios y pueden ceder espontáneamente si el paciente se adapta a la nueva situación. Una situación diferente se plantea cuando la gravedad de los síntomas deriva en algún riesgo para sí o para terceros o se trata de viejos con antecedentes psiquiátricos previos o con otros niveles diagnósticos que complican el cuadro; aquí debemos instaurar las medidas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas pertinentes, teniendo en cuenta siempre la posibilidad de medicar con las mínimas dosis y por el menor tiempo posible evitando la "medicalización" del viejo(20).

• *Diagnóstico de personalidad:* es importante establecer el tipo de personalidad ya que la misma determinará en gran medida la forma de manifestación del S. A. G. permitiéndonos anticipar también, en alguna medida, su evolución. Aquellos con rasgos dependientes tenderán probablemente a intensificarlos generando síntomas que promuevan mayor atención y cuidados; seguramente demandarán mayor presencia familiar y ocasionarán más sobrecarga en los cuidadores que, en general, sentirán como "molestos" a estos residentes. Por otro lado, aquellos con rasgos paranoides o de desconfianza situarán el conflicto en la institución, manifestando múltiples quejas en relación a la calidad de la atención, con actitudes querulantes o acusadoras, como forma también de sostener su autonomía y hacer valer sus derechos. Estos pacientes son habitualmente catalogados por el personal como "agresivos" o "disconformes". Los viejos con rasgos obsesivos tendrán grandes dificultades para acomodarse a la nueva situación debido a la pérdida de control que la mudanza representa para ellos; por este motivo tratarán de reproducir en el geriátrico

los modos de vida de su existencia anterior, con las consiguientes dificultades en la relación con su nuevo entorno. Cuando lo que predomina son los rasgos histriónicos, estará en primer plano la necesidad de capturar el interés y la atención tanto del personal como de los pares, reemplazando a través de ellos a la familia de origen. Estos viejos provocan sensaciones que varían desde el rechazo hasta la seducción. El efecto que estas manifestaciones producen en los cuidadores deberá ser adecuadamente explicitado por el profesional a fin de colaborar con los mismos en el desempeño de sus tareas; también los cuidadores deben adaptarse a convivir con el viejo recién llegado.

• *Diagnóstico de situación:* es en este nivel donde debemos analizar cuidadosamente los factores de riesgo y los indicadores de mejor pronóstico. No es igual un viejo que acaba de enviudar y por eso se lo lleva a un geriátrico que otro con una familia que no quiere hacerse cargo de él y lo institucionaliza engañado o aquél que se fracturó la cadera y no puede movilizarse. Las circunstancias bajo las cuales se produce la internación deben investigarse a fondo, ya que como quedó demostrado están profundamente condicionadas por la intrasubjetividad del viejo y su familia; más que pensar en institucionalizaciones tenemos que pensar cada caso en singular. Se evaluará la necesidad de un abordaje psicoterapéutico familiar que sólo se implementará si fuera necesario.

S. A. G. y nosografía

Consideramos de importancia hacer algunas puntualizaciones respecto al S. A. G y su vinculación con los Desórdenes Adaptativos del DSM IV(2).; como sabemos, el desorden adaptativo consiste en un fenómeno relacionado con el estrés en el cual el estresor provoca como resultado una adaptación inadecuada y diversos síntomas que están limitados en el tiempo

hasta la desaparición del mismo o hasta alcanzar un nuevo estado de equilibrio.

En el DSM IV se clasifican en seis tipos de acuerdo a los síntomas predominantes:

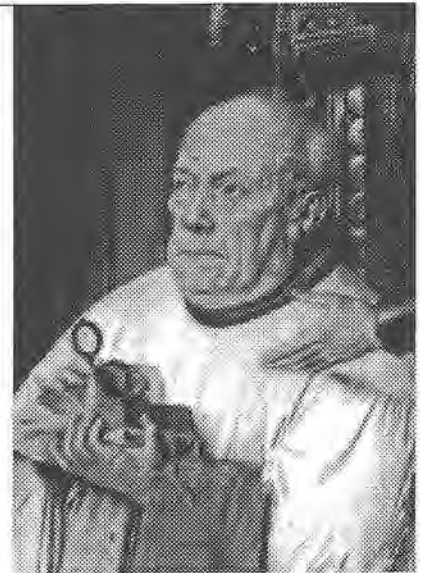
1. Desorden Adaptativo con humor depresivo
2. Desorden Adaptativo con ansiedad
3. Desorden Adaptativo mixto con humor depresivo y ansiedad
4. Desorden Adaptativo con trastornos de conducta
5. Desorden Adaptativo con trastornos emocionales y de conducta
6. Desorden Adaptativo no especificado

Si observamos estos criterios diagnósticos de clasificación y sus tipos, una primera mirada descriptiva y con el énfasis puesto en la necesidad de incluir los síntomas puntuados anteriormente en algún desorden existente en el DSM IV, podríamos decir, en principio, que el S. A. G corresponde a un desorden adaptativo ya que existe un estrés detectable como agente etiológico y los síntomas pueden adscribirse a alguno de los seis tipos anteriormente mencionados.

No es nuestra intención en esta presentación plantear una discusión en torno a la validez del diagnóstico de los desórdenes adaptativos², pero sí dejar clara la necesidad de una categoría diagnóstica, tal vez difícil de compatibilizar con algún desorden clasificado en el DSM IV y que llamamos S. A. G debido a su especificidad en cuanto a la causa que lo origina y en cuanto a la población que lo padece.

¿Podemos afirmar que el ingreso a un geriátrico constituye una situación de estrés? Obviamente que sí, pero no sólo es esto; el pasaje a una institución con estas características es un hito en la vida del individuo, que lo condiciona hasta su muerte. No es un cambio en su vida, algo que le sucede, es un cam-

2. Ver Hales, R., Yudofsky, S., Talbott, J. (1994), 671-673.



bio de vida, total y definitivo, que afecta su entorno físico, sus hábitos y sus relaciones interpersonales.

Pensamos que calificar de estresora a esta situación implica minimizar y simplificar el significado de tan complejo fenómeno, que tiene raíces en situaciones vitales anteriores y puede llegar a implicar a generaciones posteriores.

Continuando con esta línea de pensamiento nos formulamos otro interrogante. ¿Qué se esperaría como una adaptación adecuada frente a este suceso? Tal vez un viejo que no acusa recibo, que no se pone lloroso ni triste, que no se queja, que duerme y come bien a pesar de todo, que no se confunde. ¿Sería ésta la adaptación esperable?

Creemos que estos cuestionamientos son válidos también para revisar los desórdenes adaptativos

pero nos interesa señalar aquí que el S. A. G. para aquellos que nos encontramos a diario con estas situaciones, constituye una problemática insoslayable a la hora de evaluar a una persona institucionalizada y las implicancias terapéuticas que surgen de su detección son de crucial importancia.

El S. A. G. circula entre los viejos y sus cuidadores, quienes sin ponerle nombre, espontáneamente lo diagnostican cuando nos presentan al paciente y nos dicen "está así porque recién llegó, está adaptándose", pero también depende del tipo de institución que alguna de sus manifestaciones se categoricen como síntomas.

El cuidador es quien muchas veces establece el pasaje de conducta a síntoma, según el tipo de disturbo que provoque el mismo en el

ecosistema institucional; consideramos que el S. A. G. atraviesa a todos los viejos que son institucionalizados y constituye el proceso de adaptación, no de maladaptación al geriátrico, aunque muchos nunca llegan a superarlo ■

Referencias bibliográficas

1. AGEBA, La institucionalización y sus costos, *Cuadernos de Gerontología*, Año 6, N° 11, 1993.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition, Washington D. C., 1994.
3. Blazer, D., "Geriatric Psychiatry", en Hales, R., Yudofsky, S., Talbott, J., *Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington D. C., 1405-1423, 1994.
4. Capilla, R., Calcedo Barba, et al., "Trastornos depresivos en una residencia geriátrica", en *Anales de Psiquiatría*, Vol. 8, N° 5, 176-181, 1992.
5. Ferrey, G., Le Goues, G., Bobes, J., *Psicopatología del anciano*, Masson, Barcelona, 1994.
6. Galinsky, D., "Psicogeriatría: bases, organización y experiencia en Israel", en Buendía, J. (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*, Siglo XXI, Madrid, 431-442, 1994.
7. Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
8. Horiguchi, J., Inami, Y., "A survey of the living conditions and psychological states of elderly people admitted to nursing homes in Japan", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, N° 83, 338-341, 1991.
9. Isohanni, M., Winblad, Y., Nieminen, P., Hiltunen, P., Spalding, M., "A short DSM-III-R-Based Diagnostic Instrument for Screening Mental Disorders", *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, N° 3, 459-469, 1996.
10. Junginger, J., Phelan, E. et al., "Prevalence of Psychopathology in Elderly Persons in Nursing Homes and in the Community", en *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 44, N° 4, 381-383, 1993.
11. Kaufmann, A., Frías, R., "Residencias: lo público y lo privado", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N° 73, 105-127, 1996.
12. Loebel, P., Borson, S. et al., "Relationships Between Requests for Psychiatric Consultations and Psychiatric Diagnoses in Long-Term Care Facilities", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, N° 7, 898-902, 1991.
13. Maddox, G. (ed.), *The Encyclopedia of Aging*, Springer Publishing Company, New York, 1995.
14. Maslow, K., "Issues in Late-Stage Care", en Mace, N. (de.) *Dementia Care. Patient, Family and Community*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 173-193, 1991.
15. Matusevich, D., "La muerte social como destino posible en la vejez", en *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1996, Vol. 42, N° 3, 212-215.
16. Matusevich, D., "Envejecer", en *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. VI, N° 19, 31, 1995.
17. Paillat, P., "Invariable y perturbador, el envejecimiento demográfico lanza un desafío a los poderes públicos", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N° 70, 25-39, 1995.
18. Pynoos, J., Golant, S., "Housing and Living for the Elderly", en Binstock, R., George, L. (eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, San Diego, 323-326, 1995.
19. Rovner, B., Katz, Y., "Neuropsychiatry in Nursing Homes", en Coffey, E., Cummings, J. (eds.) *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, American Psychiatric Press, Washington D. C., 683-694, 20, 1994.
20. Salvarezza, L., "Vejez, Medicina y Prejuicios", en *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. II, N° 4, 129-136, 1991.
21. Streim, J., Katz, Y., "Clinical Psychiatry in the Nursing Home", en Busse, E., Blazer, D. (eds.) *Textbook of Geriatric Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington D. C., 413-433, 1996.
22. Walker, A., "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N° 73, 17-43, 1996.

Psicoterapia psicoanalítica en la vejez

Sara Chapot

Psicóloga, Directora del Dep. de Adultos Mayores de la Soc. Hebreaica

Patricia Guido

Psicóloga, Coord. del Equipo de Psicogeriatría de la Liga Israelita

Marcela López

Psicóloga, Ex coordinadora del Hosp. de Día Geriátrico de la Liga Israelita

Graciela Macotinsky

Psicóloga, Miembro de la Asociación Esc. Arg. de Psicoterapia para Graduados. Coord. Docente del Área de Mediana Edad y Vejez de la Asoc. Escuela Arg. de Psicoterapia para Graduados Alejandro Cervantes 1592, 7° "C". 1416, Bs. As., Tel.: 581-6260. E-mail: rgfridma@criba.edu.ar

La psicoterapia psicoanalítica(1) con adultos mayores nos enfrenta a innumerables desafíos relacionados a la especificidad de nuestra práctica clínica. La búsqueda de alivio, la necesidad de ubicar el padecimiento actual en una red de sentido, es común a todos los pacientes, tengan la edad que tengan; sin embargo en la vejez se reactivan las vivencias frente al sufrimiento pasado con mayor intensidad.

En ese psiquismo ya experto en pesares, el primer tiempo mítico originario de indefensión se homologa al temor a la separación, a lo desconocido, a la invalidez, a la destructividad de la muerte. Inicio y última etapa que subyacen en este particular campo analítico expresándose de múltiples formas. Si en los primeros años de la vida la pregunta es "¿de dónde vengo?" "¿cómo es mi origen?", en el último tramo es "¿cómo sigo el camino?" "¿hacia donde voy?". En el primer tiempo es un interrogante sobre la vida, en el segundo, es acerca de la muerte.

La multiplicidad de pérdidas a veces intempestivas, otras progresivas, la cantidad de heridas a suturar

involucran un trabajo psíquico intenso. El duelo entrecruzado por el quebranto de roles, fallecimiento de personas queridas, la despedida de etapas vitales previas, el saber sobre el final, los ideales perdidos, aquello que pudo haber sido y nunca será, enfrentan al sujeto al trabajo de duelo por su propio envejecimiento.

La representación del cuerpo en el psiquismo, sus dolores, las alteraciones perceptuales y funcionales, cobran para el individuo una nueva dimensión, acompañada por la marca del paso del tiempo. Todos estos cambios implican una amenaza a la identidad, arrastrando consigo la pérdida de posiciones con toda la connotación de ausencia y falta que esto conlleva. En el trabajo analítico, ante el riesgo de desmoronamiento, se intenta discriminar y descubrir el sentido que cada una de estas pérdidas tiene, preservando al Yo frente al cerceamiento de sus objetos.

Al reconocer en el proceso psicoterapéutico, la capacidad de reflexión y saber sobre el sí mismo en el viejo, desarticulamos los preconceptos que descalifican su idoneidad para pensar, sentir y desear. Se desvanecen así aquellos prejuicios

instalados en el analista y su paciente, desmitificando la antigua premisa del psicoanálisis que postula la imposibilidad de promover modificaciones por el tiempo transcurrido en esa larga vida.

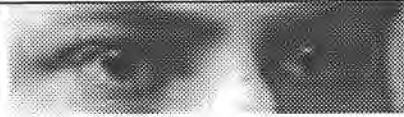
También nos enfrentamos con paradojas sujetas muchas veces a esquemas referenciales valorativos: "vejez no es enfermedad, pero los viejos se enferman"; "¿en qué momento se es viejo?" "¿es la enfermedad la que signa el suceso?". El mito social que relaciona la enfermedad con la vejez nos aleja de pensar en esta etapa de la vida como un proceso natural.

En nuestra práctica clínica lo recibimos con su organización psíquica previa, marcado por su historia, en ese estado singular y particular en el que siente alteraciones que puede vincular al envejecimiento. El trabajo de enlace y concientización de sus vivencias ligado a este proceso, le permite una mejor elaboración de situaciones potencialmente traumáticas y cumple una función integradora ante el quiebre de su identidad.

Cuando el paciente viejo se instala en un proceso analítico, mediante la asociación libre y la atención flotante se inicia un movimiento en espiral en el que nuevas constelaciones se podrán abrir en el presente sobre un entramado pretérito. Antiguas configuraciones cambian su signo adverso, otras se desarticulan y algunas permanecen inmutables.

La esencia que subyace a este rearmado de ligaduras se despliega en la transferencia, lográndose una imagen auxiliar, cuidadora, objeto interno nuevo, capaz de dar y recibir amor, y también odio. Se acercaría así a una figura narcisizante, favorecedora del placer, tolerante de la eclosión de cargas agresivas. Si este vínculo estructurante no estuvo presente en el origen real del individuo, puede ir echando raíces en el psiquismo desde otros personajes de su historia, modelos identificatorios descubiertos sesión tras sesión.

Si bien la adolescencia es un mo-



mento clave para esta posible recreación de la imago protectora y facilitante de sentidos, pensamos que los tiempos vitales para que esto suceda entran en la atemporalidad del inconsciente y es factible que se dé en otros períodos de la vida. En algunos sujetos es una probabilidad de reorganización y encuentro de nuevos y antiguos modelos, en otros puede ser la última oportunidad, por transitar las etapas finales.

En la vejez el movimiento de desinvestidura-investidura implica un gasto energético muy elevado; la libido disponible se enfrenta a la búsqueda acuciante de nuevos objetos en menor tiempo, provocando una conmoción en el Yo.

El inicio de la Clínica

Las entrevistas previas al comienzo de la psicoterapia establecen una aproximación a la historia del paciente, cuál es su posibilidad de unir síntomas de orden difuso, desorganizado y de enunciar con palabras el sufrimiento psíquico. Estos son indicios que nos acercan al conocimiento de los mecanismos de interrelación propios del viejo, vinculados a la permeabilidad frente a los cambios y su tolerancia a frustraciones actuales, pasadas y futuras.

La sensación de extrañeza sobre sí mismo con la que llega, disminuye cuando rescatamos datos de su existencia, olvidados o aislados, que desestima por pensar que el hecho pasó hace tiempo, que hoy no tiene sentido porque son otras épocas y ahora todo es diferente.

Al interpelar sobre la evolución de la vida, enfermedad y muerte de sus padres, la calidad del vínculo con sus abuelos, el devenir con su pareja, la sexualidad, el cuerpo erógeno, la permeabilidad hacia el placer, se abrirá la senda hacia vivencias que este viejo, sometido a tabúes anacrónicos, creía sepultadas. Comenzará a incluir en su universo representacional la idea de que el pasaje por la experiencia

analítica puede mitigar los obstáculos que le impiden seguir proyectándose.

Si bien este comienzo es paradigmático, el conocimiento mutuo entre paciente y analista, toma diferentes modalidades. La sugerencia e iniciativa de tratamiento puede ser llevada a cabo por los hijos; en otras oportunidades, proviene del médico clínico, cardiólogo, neurólogo, o profesionales de diversas especialidades.

Cuando el pedido no parte de nuestro sujeto en cuestión, la sensación de extrañeza, las fantasías persecutorias de abandono, el temor a la institucionalización y el terror a ser encuadrado en la demencia, se incrementan. El terapeuta lidiará con estas construcciones propias del narcisismo y frente a la retracción libidinal, su tarea primaria implicará sentar las bases para que se instale ese pedido a veces demorado. Su receptividad y escucha, acompañada por una paciente espera, generan un campo propicio que irá abriendo los canales para la tarea analítica.

Una de las especificidades en la atención está dada por la presencia de un cuerpo envejecido, en ocasiones "afectado" por el impacto de enfermedades y la significación que éstas tienen, alternándose el dolor físico y anímico, o expresándose conjuntamente. La medicación, sus efectos, la necesidad de establecer un contacto con el psiquiatra, son variables que se incluyen, especialmente cuando padecen trastornos severos.

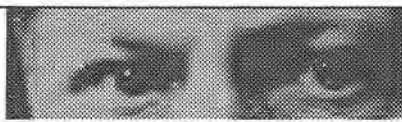
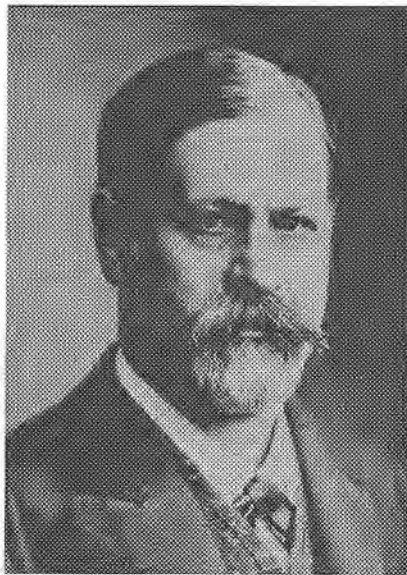
Los riesgos de estigmatizar al anciano en la irreversibilidad de su padecimiento, negándole el dispositivo terapéutico adecuado, pueden resolverse a partir de los elementos que nos provee el diagnóstico diferencial. Conjugar la interconsulta, la tecnología médica y la mayor fineza posible de nuestra escucha en entrevistas con el paciente y aquellos significativos que conviven y lo rodean, pone en evidencia inhibiciones, discapacidad funcional, caracteropa-

tías, que por desconocimiento de familiares y profesionales se confunden, algunas veces, con demencias(2).

Con frecuencia la familia ubica al anciano en un lugar de extrema fragilidad, ocultándole situaciones que cree llegarían a lastimarlo. Sin embargo, en otras oportunidades y frente al riesgo, no pueden reconocer sus necesidades. En estos casos nuestras intervenciones tenderán a iniciar el camino para pensar en esas modalidades de funcionamiento, distinguir los deseos propios de los ajenos, diferenciar las limitaciones actuales de las pasadas y valorar las posibilidades del paciente.

En circunstancias que evidencian conflictos vinculares, abrir estos espacios favorece el proceso terapéutico. Los hijos se acercan al analista, con preguntas teñidas de angustia y sentimientos de culpa. El desmoronamiento de la imagen de sus progenitores y sus propias situaciones de cambio les produce desconcierto; intentan entonces, promover alianzas que mitiguen ese sentimiento de impotencia. Surge la expectativa de que el tratamiento dará respuestas a reclamos de sus padres, que ellos sienten imposibles de satisfacer.

En las entrevistas familiares se realiza una tarea de discriminación y encuentro entre las diferentes posturas y sentimientos, en ocasiones discordantes, otras coincidentes o complementarias. Se manifiestan antiguas rivalidades frater-



nas, históricos resentimientos conyugales que hoy y aquí se muestran descarnadamente.

Particularidades del proceso analítico

El tiempo de la sesión, su frecuencia, la modalidad cara a cara y el estilo de la interpretación, son variaciones en la técnica que hacen necesaria una permanente revisión y análisis de nuestras presunciones, con el fin de no caer en situaciones que podrían ser iatrogénicas.

Sabemos que los silencios provocan, en algunos casos, grandes montos de ansiedad y angustia, instalándose como un obstáculo. La falta de palabras remite al vacío, al sentimiento de indefensión; requieren del analista una función más participativa, con intervenciones a modo de preguntas, gestos y señalamientos que actúan frente a la inhibición y retracción del Yo, como apuntalamiento, facilitando su expresión.

Esta mayor actividad del terapeuta nos enfrenta al riesgo de someter al paciente a un cúmulo de interpretaciones capaces de aumentar la tensión. También puede promover la dependencia generando la indiscriminación sujeto-objeto, de manera tal que los señalamientos del analista son vívidos como mandatos. Estas situaciones le impiden al viejo desarrollar su capacidad reflexiva y la compren-

sión de sí mismo, forzándolo a una sobreadaptación que aumentaría su imposibilidad de autosostén frente a frustraciones provenientes del mundo externo.

Nuestro intento de transformar el dolor en conocimiento y alivio se asienta sobre el par transferencia-contratransferencia. En este campo las fantasías primitivas del viejo y su analista se expresan de maneras peculiares.

Los regalos que el paciente otorga pueden insuflar engañosamente el narcisismo del analista, parecen ser la mejor compensación ante el profundo agradecimiento que siente. Desde otro estrato plantea la relación simbólica del niño que hace una entrega a su objeto de amor, asegurándose el cariño y la protección de éste. En una perspectiva diferente, pretende involucrar al analista como uno más de sus hijos o nietos, receptores de la herencia, del legado trans e intergeneracional.

En algunos, los honorarios parecen no ser suficientes para expresar su reconocimiento y necesitan ratificarlo a través de estos obsequios. Otros, angustiados por el sentimiento de finitud y el temor a quedar despojados o en deuda, se tornan reticentes al pago mensual y deciden hacerlo sesión por sesión, en un intento de retener el paso del tiempo.

La queja ocupa un lugar significativo en el discurso del viejo; aparece en relación a sus dolencias, al distanciamiento de los hijos, a sus imposibilidades. La rigidez, el estereotipo, operan como rituales frente al sentimiento de impotencia.

La utilización del humor, de refranes que remiten a su patrimonio cultural y generacional, como recursos técnicos, nos permite desarticular, muchas veces, estos estancamientos estériles que impregnados de hostilidad y angustia, lo inundan.

Un tiempo especial en el transcurso de las sesiones de nuestros pacientes viejos es el encuentro de reminiscencias(4). A riesgo de caer fascinados, los terapeutas escucha-

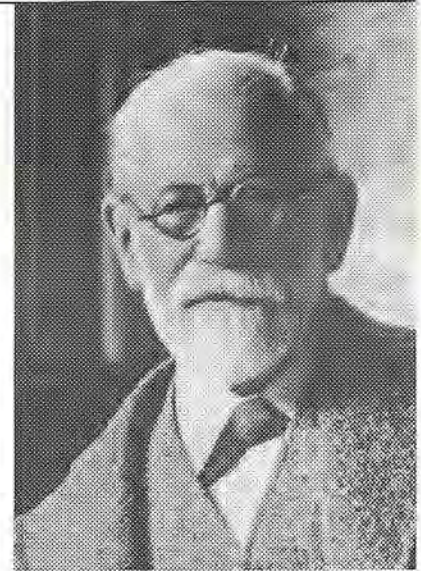
mos escenas, cuadros placenteros de la adolescencia y juventud que retornan desde la lejanía; sostienen el sentimiento de identidad y se asocian, como sueños, a la satisfacción de deseos y al desciframiento de episodios enigmáticos(5).

Estas mismas fotografías felices pueden tener puesto su acento, como marca, en el pasado, tornándose en un nostálgico pesar. Trastocan el ser y aquellos jóvenes felices ya no se reconocen en el presente, la imagen cambia al sepia hasta opacarse. Anulada la capacidad de idear proyectos, el presente sin su apuntalamiento objetual, acarrea una excesiva conciencia de la muerte que se posa sobre el sentimiento nostálgico. Esta representación tanática, dirá constantemente a nuestro dolorido paciente: "si no eres ni puedes hacer como entonces, ya no existes".

En estos despliegues fantasmáticos el tono afectivo bordea el sentido: lo inviste en reminiscencia, liga, simboliza y crea ideales nuevos, o vuelve en fragmentos penosos, en angustia repetitiva con forma de nostalgia, contracara del placer reminiscente.

También lapsus y olvidos implican para el analista un peculiar trabajo de discriminación, no es sólo el pedido de asociación al paciente que nos posibilitará entender e interpretar; consideraremos si estos equívocos obedecen exclusivamente a formaciones del inconsciente o son trastornos de memoria asociados a ciertas problemáticas involucradas en síndromes psicorgánicos. Si esto no se tiene en cuenta, el nivel de ansiedad que acompaña problemas de estas características aumenta por la frustración y falta de comprensión que acertadamente siente nuestro paciente. Sin embargo pensaremos, igualmente en estos casos, el contexto en que dicho lapsus acontece y el nivel de exigencia implícito en la temática que se está abordando en ese momento de la sesión.

Tanto desde el inicio del tratamiento como en su transcurso es posible recibir el pedido de aten-



ción domiciliaria, entrevistas durante una internación clínica o cuando el anciano ya está institucionalizado. El traslado de un lugar familiar a otro desconocido, como consecuencia de un estado de descompensación orgánica, pueden originar una momentánea desorientación témporo-espacial, especialmente en personas de muy avanzada edad. Atravesado este episodio, intentamos construir el relato del suceso acaecido mientras prevalecía la confusión, a fin de imprimir palabras en esos vacíos de la memoria.

La posibilidad de muerte real está presente en este escenario; cuando se impone y concretiza, antiguas heridas y afrentas retornan en el analista. La familia necesita, algunas veces, encontrarse e interpelear al terapeuta, en un intento de dar sentido a ese final. Momento que se convierte en un trabajo de duelo entrecruzado.

Reflexiones finales

El discurso del viejo construye un puente sobre la brecha del tiempo, en el conjunto de la cultura se expresa atravesado por personajes de cinco generaciones: quienes le dieron origen, los que comparten su misma época, los hijos con su proge y también sus abuelos se presentan en el recuerdo.

Los regalos, las reminiscencias, la queja, la confusión, las entrevistas con los hijos, el padecimiento

físico, hablar acerca de la muerte, son sólo algunas de las vivencias presentes en la psicoterapia psicoanalítica con viejos. Son experiencias clínicas que nos imponen múltiples variaciones en el encuadre y adecuaciones de la técnica.

El psicoterapeuta en estas realidades, es investido como continente confiable frente al desamparo al que se ve expuesto el mundo afectivo del viejo, conmocionado por el movimiento de desinversión objetiva y los quiebres en su continuidad histórica.

Los complejos del entramado psíquico toman características que sitúan a los miembros de la dupla terapéutica en espacios que difícilmente se juegan con adultos jóvenes. El analista, al observar la contratransferencia, precisa también enfrentar su lugar en la concatenación generacional y las fantasías referidas sobre su propio envejecimiento.

Sin diferenciar los niveles de organización conceptual, enumeraremos algunos supuestos que involucran al terapeuta en su singular elección de trabajar con viejos: por el deseo de curar y conocer; por omnipotencia, culpa y necesidad de reparación; por temor a la propia vejez y tratar de controlarla a través de otros; por sensibilidad ante el desamparo; por reconocer la existencia de un personaje anciano que marcó significativamente su historia; para mantener siempre vivos a los padres idealizados de la infancia y

estar él mismo ilusoriamente presente como "su majestad el bebé"; por las mismas vicisitudes de sus amores y odios paterno-filiales. Vemos que los ideales, Narciso y Edipo coexisten en este campo; asumir su vigencia permanente en el devenir inconsciente del analista es condición para desplegar esta tarea de simbolización y enhebrado de la memoria.

En nuestros pacientes viejos, siempre o casi siempre, sobrevendrá la posibilidad de cambio al elaborar ciertos ideales omnipotentes vinculados con el estado de dependencia infantil. Aceptar la vejez y la inevitabilidad de la muerte dará sentido a su existencia, generando los carriles de transmisión de la historia, la verdad y los valores culturales. Surgirá en él ese sentimiento íntimo en el que la circulación del deseo le permitirá expresarse libremente desplegando sus capacidades creativas ■

Notas

1. Las diferencias conceptuales y terminológicas sobre la discusión psicoanálisis vs. psicoterapia psicoanalítica y su defensa, exceden los límites de este artículo. Nos circunscribiremos a algunas definiciones: Laplanche y Pontalis en su *Diccionario* precisan que en el "Psicoanálisis[...]" es posible distinguir tres niveles: a. Un método de in-

vestigación que consiste en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias[...] de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. b. Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la

interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo [...] se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica [...] c. Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico[...]. "Con el nombre de psicoterapia analítica se desig-

na una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa". Sin embargo a cien años de su nacimiento, continúan las discusiones sobre cómo es una cura psicoanalítica rigurosa, arrogándose prestigiosos y respetables colegas, la fuente del conocimiento y la verdad.

2. Sabemos que las demencias incipientes o secundarias a otros síndromes orgánico-psicológicos tienen un capítulo aparte. Al intentar comprender los huecos en la memoria y categorizar el relato desde los afectos, cuando se pierden las palabras, tratamos de temporalizar y generar un espacio representacional sobre los sectores conservados del yo. Aquí el efecto de apuntalamiento narcisista se sostiene al mantener el sujeto un lugar en la circulación social del deseo, que atraviesa el vínculo terapéutico. Por otra parte, no anulamos la factibilidad de pensar desde el psicoanálisis a esas patologías en las que el yo se va desgajando.

3. Las ideas sobre la transmisión de la vida psíquica entre generaciones y a través de ellas, están desarrolladas por R. Kaes, quien realiza un exhaustivo estudio de los escritos de S. Freud. Su investigación abre variadas perspectivas originales y nos dice: "[...] siempre aparece la necesidad de transferir-transmitir en otro aparato psíquico lo que no puede ser mantenido y albergado en el sujeto mismo, o entre sujetos ligados entre sí por una poderosa alianza de intereses inconscientes. Requiere la diferenciación entre lo que es transmitido y lo que es recibido y transformado, principalmente en el proceso de historización del sujeto, es decir en el proceso de apropiación del sujeto de la herencia y de la transmisión del yo que asume con ello el pensamiento y el lugar. [...] prevalecen a veces las exigencias narcisistas de conservación y de continuidad de la vida psíquica, a veces las del Ideal del Yo y del Superyo, más precisamente la transmisión de las prohibiciones fundamentales".

E. Aguiar dice: "los antepasados... nos dejan como herencia aquello que ha quedado ligado y representado, aquello que tuvo palabras y fue luego reprimido y aquello que nunca las tuvo".

4. Autores posfreudianos consideran diferentes perspectivas acerca de la reminiscencia. Gustavo Jarast, en el trabajo "Reminiscencia, memoria del reencuentro", hace un rastreo del concepto, especialmente vinculado con la vejez, y lo define como: "Las reminiscencias, trozos de historia que escenifican una identificación lograda, [tienen] la función de mantener vigente esa conquista y conservarla en la corriente psíquica". Acordamos con esta noción al incorporarla en nuestro trabajo.

5. La reminiscencia ocupa un espacio en la elaboración de los duelos, en el movimiento identificatorio y en la reinscripción de la misma identidad. Su conceptualización, a semejanza de la formación de

sueños y su registro como matriz corporal y sensorial, está desarrollada por A. Fractman en el comentario del trabajo "Construcciones y reminiscencias: un destino de la singularidad", presentado en el Encuentro "Construcciones en Psicoanálisis" organizado por la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

Bibliografía

- Aducci, E., *Psicoanálisis de la vejez*. Ed. Kargieman, Bs. As., 1987.
- Aguiar, E., "Transmisión de la violencia social: los antepasados y su herencia", *Revista de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, Vol. XV. Tomo II. Bs. As., 1992.
- Antonuccio, O., "El asombro: temor a la vejez y muerte" *Revista Argentina de Geriatria y Gerontología* N° 15, pág. 115 Bs. As., 1995.
- Bernard, M., Discusión del trabajo "Psicoanálisis grupal en adultos mayores. Una aproximación a la técnica" de Munguía, C. *Revista de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Tomo XVII N° 2, Bs. As., 1994.
- Bianchi, H. y otros, *La cuestión del envejecimiento. Perspectivas Psiconalíticas*, Biblioteca Nueva, Madrid 1992.
- Chapot, S., Guido, P., López M., Macotinsky G., Matusevich D., Szurman S., "Paso del tiempo y cambios en el proceso de envejecimiento", *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. VI, N° 19, Marzo-Abril-Mayo 1995.
- Chevnik, M., "La clínica del paciente con daño somático. Diagnóstico y abordaje psicoterapéutico". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. 3, N°8, Junio-Julio-Agosto 1992.
- D'Alvia, R., Maladesky, A., "Modelos de abordaje en Psicopatología" en *Revista Lectura de lo Psicopatológico*. Bekef Comp. Ed. Bs. As., 1991.
- D'Alvia, R., Rinaldi, G., "El cuerpo en la clínica psicopatológica". *Actualidad psicológica*, Bs. As., Marzo 1994.
- Epstein, R., "Envejecimiento, vida vivida y sobrevivir", en *El Fantasma de la Vejez*, Salvarezza, L. Comp., Ed. Tekné. Bs. As., 1995.
- Fractman, A., Discusión del trabajo "Construcciones y reminiscencias: un destino de la singularidad" de Ferrero, G., Mazzino, N., Stivelberg, A. Libro del Encuentro de discusión N°16 "Construcciones en Psicoanálisis". *Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados*. Bs. As., 1993.
- Hinze, E., "La transferencia y la contra-transferencia en el tratamiento de pacientes de edad avanzada". Libro anual de Psicoanálisis. Londres. *Ediciones Psicoanalíticas*, 1987. Imago 1988.
- Iacob, R., Jaskilevich, J., "Demencias, Una Mirada psicoanalítica" en *El Fantasma de la Vejez*. Salvarezza, L. Comp., Ed. Tekné. Bs. As., 1995.
- Jarast, G., "Reminiscencia, memoria del Reencuentro" *Primer Premio Argentino Liniado*. A. P. A. 1995
- Kaes, R., Faimberg y otros, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Ed. Amorrortu, Bs. As., 1996
- Krassoievitch, M., *Psicoterapia Geriátrica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- Laplanche, J. Pontalis, J., *Diccionario de psicoanálisis*. Ed. Labor, Barcelona. 1981.
- Lieberman, D., "Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la indicación de los tratamientos psicoanalíticos". *Revista A. P. A.* Bs. As., 1972.
- Lifac, S., "Contratransferencia y la madre muerta". *Actualidad Psicológica*, Año XVII. N°182. Bs. As., 1991.
- Macotinsky, G., "Investidura y redes de sentido: las constelaciones de Eros", en el libro del XIX Encuentro y XIV Symposium Acerca del trabajo del Psicoanálisis. *Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, Bs. As., 1996.
- Mannoni, M., *Lo nombrado y lo innombrable*. Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1992.
- Matusevich, D., "Demencias, una mirada Psicoanalítica" en el *Fantasma de la Vejez*. Salvarezza, L. Comp., Ed. Tekné. Bs. As., 1995.
- Meltzer, D., "Implicancias psicopatológicas en el pensamiento de Bion" *Revista de Psicoanálisis de APDEBA*. Vol. 15 N°2 Bs. As., 1993.
- Munguía, M. C., "Psicoanálisis grupal en adultos mayores. Una aproximación a la técnica". *Revista de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, Tomo XVII, N°2, Bs. As., 1994.
- Nasio, D., Seminario: "El dolor, el odio y la culpabilidad". *Grupos clínicos de Bs. As.*, 1996.
- Péruchon, M. y Thomè-Renault, A., *Vejez y pulsión de muerte*. Ed. Amorrortu, Bs. As., 1995.
- Rolla, E., "Senescencia: Período evolutivo de la vida". *Actualidad Psicológica*, Año XVII N°182, Bs. As., 1991.
- Singer, D., "La cultura, los ideales y el grupo". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. II. Bs. As., junio-agosto 1991.
- Singer, D., "Transformaciones del macro-contexto. Antropología de la soledad". *XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo*. Flapag, Tomo I, Bs. As., 1994.
- Singer, D., "Obstáculos de la transferencia en el tratamiento psicoanalítico de viejos". Panel inaugural de las III Jornadas de Psicología de la Vejez, *Facultad de Psicología UBA*, Bs. As., 1995.
- Singer, D., "El ideal, el Edipo y la temporalidad. Dos posiciones de la subjetividad". Trabajo presentado en la *Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, Bs. As., 1997.
- Strejilevich, M., *Temas de Psicogeriatría*. Ed. Amorrortu, Bs. As., 1990.

Estudio cualitativo de la calidad de vida en el senescente

Una propuesta metodológica*

Fernando Lolas

Profesor Titular de Psiquiatría y Vicerrector Académico, Universidad de Chile.
Diagonal Paraguay 265, Piso 21, Santiago de Chile. Chile
Tel./Fax: 52(2) 6782121. E-mail: fiolas@abello.dig.uchile.cl

El constructo calidad de vida

El constructo "calidad de vida" se refiere a la percepción individual de la propia posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema valórico en que se vive y en relación a metas, expectativas, normas e intereses. Se trata, por ende, de un constructo *subjetivo, multidimensional y complejo*: es la propia satisfacción, en diversas áreas vitales, e incluye aspectos positivos y negativos(7, 5).

El interés por cuantificar el constructo se ha traducido en el desarrollo de escalas psicométricas de uso pragmático, en las que suele no distinguirse apropiadamente entre *estado de salud, impacto de la enfermedad, satisfacción general con la vida, vitalidad, autonomía, relaciones sociales*, entre otros aspectos. El SF-36, uno de los instrumentos más empleados, distingue las siguientes escalas hipotéticas: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, papel emocional, salud mental, transiciones entre estados de salud(2). El instrumento desarrolla-

do por la Organización Mundial de la Salud está organizado en seis dominios: ámbito físico, dominio psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente, y espiritualidad/religión/creencias personales (7).

La idea de obtener un puntaje "global" de calidad de vida plantea de suyo la pregunta sobre la ponderación relativa de cada una de las áreas dependiendo de la cultura del individuo, de su género y, ciertamente, de su edad. Es evidente que en las verbalizaciones espontáneas de los ancianos los temas relacionados con la salud ocupan un mayor espacio, de modo que un principio metódico relevante debiera consistir en obtener ponderaciones empíricas sensibles al factor edad.

Por su parte, instrumentos más relacionados con el estado de salud, como el *Nottingham Health Profile* (NHP), el *Sickness Impact Profile* (SIP) o su versión conocida como *Functional Limitations Profile* (FLP) exhiben algunas imprecisiones en los estudios de validez y pierden gran parte de su sensibilidad y especificidad al ser traducidos(3).

Aspectos cualitativos y valóricos

La importancia de contar con

adecuados indicadores globales de calidad de vida radica en sus aplicaciones: evaluación de servicios sanitarios, calidad de la atención profesional, priorización de intervenciones, diseño de sistemas de costo, entre otros. No es de extrañar que se haya privilegiado la perspectiva psicométrica más simple, por la conveniencia de contar con indicadores cuantitativos globales en la toma de decisiones. La insuficiencia de tales indicadores no sólo radica en las necesarias pruebas de confiabilidad y validez para cada nueva aplicación (que perturba a veces la confiabilidad interna de algunas escalas en relación al puntaje global) sino en que operan bajo un reduccionismo operativo que resta amplitud conceptual y credibilidad cualitativa a los resultados. Muchas conclusiones de la literatura pueden ser objetadas atendiendo a este factor, toda vez que los instrumentos son ciegos para aquellas dimensiones no específicamente incluidas por sus diseñadores y no dan espacio para que los individuos manifiesten sus reacciones idiosincráticas ante el menoscabo, la discapacidad o la minusvalía, los tres modos de afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (*health-related quality of life*).

Aunque es un progreso que el instrumento de la Organización Mundial de la Salud incluya un ámbito de creencias personales y que numerosos sistemas multiaxiales de diagnóstico psiquiátrico incorporen aspectos cualitativos, falta una reorientación de esta área metódica que tome seriamente en consideración los aspectos hermenéuticos, éticos y conductuales que una verdadera evaluación multidimensional, subjetiva y compleja debe exhibir. Esto significa reconocer el aporte de las ciencias sociales en lo metódico, de la bioética en lo idiográfico y de las ciencias del lenguaje en lo comunicacional, los que deben ser considerados en la etapa de formulación de las hipótesis.

* Este trabajo forma parte de una línea de investigación apoyada por la Universidad de Chile y la Fundación Ford.



Propuestas metodológicas

En estudios sobre el proceso humano de envejecer, su reducción a menoscabo y discapacidad orgánicos o a minusvalía social es inevitable si los instrumentos para su investigación no contemplan la expresión espontánea y libre de los sujetos investigados. Existe razonable base para pensar que la presencia o ausencia de enfermedad es menos significativa que su impacto en la autonomía y la independencia de los senescentes. En ellos, es probable que "sentirse enfermo" se disocie claramente de "tener una enfermedad" o "ser considerado enfermo" (4). Los aspectos de "sanar", "curar" y "cuidar", tradicionales de las profesiones de ayuda en salud, no son uniformemente contemplados por los instrumentos en uso. Esto se debe no sólo a que han sido construidos unilateralmente por expertos sino a su orientación pragmático-cuantitativa.

En el trabajo empírico con poblaciones de sujetos, es conveniente advertir que cualquier agrupación de ellos no obedece a sus "caracteres intrínsecos" sino a una categorización procedente de un principio no empírico o una teoría. Agrupar a los individuos sobre la base de la edad, del género o del nivel socioeconómico es un procedimiento tan habitual que raramente se medita sobre el grado de artificialidad que intro-

duce en la descripción. Cualquier tipificación, y por ende, "rotulación" es una versión de la realidad que supone que ella es relevante o tiene influencias causales sobre aquello que motiva la investigación. Es pura tautología "descubrir" diferencias debidas al sexo si se acepta que "sexo" es una característica descriptiva relevante sin fundamento. Del mismo modo, suponer que los "mayores de" cierta edad mostrarán diferencias en alguna variable es trivial, en tanto no se demuestre que tales diferencias no se presentarán también en grupos de sujetos no seleccionados por edad. La respuesta, naturalmente, puede darse en multitud de formas, desde estudios de seguimiento de cohortes (un mismo grupo de individuos es observado durante largos períodos de tiempo registrando bajo condiciones homogéneas las variables de interés) hasta acopio de informaciones que sugieran fundamentos para esperar diferencias (a menudo, extrapolaciones de estudios animales o investigaciones previas). Finalmente, la teoría empleada para formular las hipótesis, de ser relevante, debiera proveer claves para responderlas con sentido.

El concepto de calidad de vida es ejemplar en muchos sentidos. No sólo parece haber reemplazado al más vago término "salud" en algunos contextos e incluir, como se ha indicado, dimensiones diversas. También lo es porque puede tomarse como característico de una familia de constructos empleados en la investigación psicológica y médica, denominados "constructos dinámicos".

Constructos dinámicos: hacia una teoría de la medición del cambio

La teoría de los constructos dinámicos puede derivarse de una sencilla observación. Algunas variables de clara relevancia e im-

pacto en comparaciones entre grupos son menos críticas en comparaciones dentro de un mismo grupo en dos situaciones. Típico es el caso de las capacidades de memoria. Entre "viejos" y "jóvenes" se demuestran fuertes diferencias si se trata de muestras independientes. El mismo individuo (aplicable también al grupo), examinado con algunos años de diferencia, muestra diferencias menos espectaculares (en ausencia, por supuesto, de factores incidentales, como enfermedad o intervenciones).

Lo central, en el caso de la calidad de la vida, es que las apreciaciones subjetivas no se realizan en relación a un "patrón" fijo y estable sino que el "punto de referencia" cambia con los sujetos. La medición del cambio se hace especialmente compleja y exige distinguir, al menos, tres tipos de cambio:

El cambio llamado alfa, que supone una variación en el nivel de un estado existencial contra un instrumento de medición constantemente calibrado en relación a un dominio conceptual constante. Idealmente, es el caso de las mediciones "objetivas" de parámetros biológicos, cuyos cambios pueden atribuirse a cambios "reales" en ellos. El constructo "temperatura corporal", por ejemplo, se supone estable y su técnica de medición está avalada por operaciones constantes sobre procesos y objetos consensualmente validados. Diferente es la "sensación subjetiva" de frío o calor, que exige conocer el estándar empleado por el informante. Es el caso de algunos síntomas que son "recalibrados" por los pacientes según la circunstancia. El dolor "antes de la operación" es de suyo diferente del dolor "después de la operación" y del dolor "tres meses después". El dolor, por decirlo simplemente, sigue siendo dolor; su carácter puede ser semejante en términos de su cualidad (pungitivo, urente, etc...) pero la situación -con lo que supone de expectati-



va, contexto y significaciones— imprime un sello a su percepción, sin afectar otras percepciones (por ejemplo, el doliente puede valorar del mismo modo los sabores en las tres situaciones). El cambio asociado a este tipo de circunstancias se denomina "cambio beta".

El "cambio gama" es el más interesante y, en el caso de la calidad de la vida, el más relevante. Involucra una redefinición o reconceptualización de un dominio o varios de experiencia, un cambio substantivo en la perspectiva o marco de referencia en el que se perciben o clasifican fenómenos y experiencias de modo relevante o significativo. Como se aprecia, se trata de un nivel de complejidad que afecta especialmente a los constructos multidimensionales, o constituidos por diversos dominios perceptuales y experienciales, como la calidad de la vida.

Sin duda alguna, cuando a una persona se le pregunta si se siente bien, las bases de su respuesta son múltiples. Un inválido, que nunca ha practicado deportes, no considerará eso como una limitación. Un deportista, en cambio, que transitoriamente se ve impedido de practicarlos, sentirá que ello lo priva de una fundamental experiencia, base de su satisfacción.

Si se aplica el criterio del cambio alfa a la relación entre calidad de vida y edad, se observará que la

simple aplicación acrítica de un instrumento a individuos jóvenes y ancianos no produce ningún resultado de interés a menos que este factor dinámico sea tomado en cuenta. Los criterios que considera un viejo para calificar de "buena" su vida han cambiado en relación a los que consideraba siendo joven y, ciertamente, difieren de los de un grupo de jóvenes contemporáneos.

Consideraciones finales

Las observaciones precedentes nos permiten reformular el constructo calidad de vida en sus posibles aplicaciones al estudio de la senescencia: no sólo es subjetivo, multidimensional y complejo sino también dinámico. Tener esto presente obliga a algunas precauciones de diseño que sumariamente podemos resumir:

a. la necesidad de revalidar el concepto de calidad de vida sobre la base de la expresión espontánea del grupo a investigar (en este caso, senescentes), exigencia metódica que se satisface apelando a técnicas de análisis del discurso o del contenido;

b. la conveniencia de formular hipótesis desde el punto de vista cualitativo, empleando instrumentos de diseño *ad-hoc* que puedan ser contrastados con evalua-

ciones psicométricas convencionales y específicas;

c. la necesidad de producir resultados confiables, con finalidad comparativa, y al mismo tiempo válidos, con propósito predictivo, que puedan replicarse respetando las influencias de la cultura, los valores, las expectativas y los cambios de perspectiva individual y grupal.

Lejos de esterilizar la investigación empírica, estas propuestas deben verse en el sentido de la validez ecológica de sus resultados. Ello implica una individualización de los sujetos, una adecuación de los instrumentos y una modestia en las conclusiones que sin duda favorecerán la transferencia del conocimiento a la práctica, una de las principales deficiencias de la investigación del envejecimiento y la vejez ■

Referencias bibliográficas

- Allison, P. J., Locker, D., Feine, J. S., Quality of life: a dynamic construct. *Social Science and Medicine* 45:221-230, 1997.
- Bullinger, M., German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. *Social Science and Medicine* 41:1359-1366, 1995.
- Jenkinson, C., Evaluating the efficacy of medical treatment: possibilities and limitations. *Social Science and Medicine* 41:1395-1401, 1995.
- Lolas, F., *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Universitaria, Santiago, 1992.
- Lolas, F., Bioética y vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS* (Santiago) 2: 09-117, 1996.
- Lolas, F., Ed., *Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos demográficos y bioéticos*. Universidad de Chile, 2a ed., Santiago, 1996.
- WHOQOL, Group The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41:1403-1409, 1995.

Algunas cuestiones sobre la depresión del geronte y su tratamiento psicofarmacológico

Eduardo M. Epector

Médico Psiquiatra (UBA). Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA.

Av. Díaz Vélez 5268 10ª "36" Cap. Fed. Tel 982-9486.

En los últimos años, debido en parte a los avances de la medicina, se ha incrementado notoriamente la franja poblacional de mayores de 65 años(1, 2, 3).

Este incremento etario, sumado a que la depresión es más común luego de esta edad, ha volcado gran cantidad de pacientes a los consultorios psiquiátricos y de otras especialidades.

La prevalencia de los trastornos afectivos en los ancianos oscilaría entre 2 y 4% para el trastorno depresivo mayor y 44% para las distimias y depresiones secundarias(2).

Existen algunas diferencias importantes entre las depresiones de los adultos y las de los gerontes. Aunque la existencia como entidad clínica diferenciada de la melancolía involutiva, descrita por Kraepelin en 1907, se ha excluido a partir del DSM III por la falta de pruebas genéticas, clínicas y biológicas es posible diferenciar rasgos clínicos característicos de las depresiones de la tercer edad(2).

Estas diferencias sintomáticas han llevado a describir formas clínicas más típicas de las depresiones de los gerontes como la depresión enmascarada, la depresión hipocondríaca, pseudodemencia depresiva, la depresión paranoide, etc.(6).

El diagnóstico de la depresión en los ancianos, no suele ser fácil. Los

cambios de las funciones biológicas que caracterizan al envejecimiento, y las particularidades de esta etapa etaria modifican el cuadro clínico. Por otro lado, es frecuente el error tanto de médicos como de familiares, de creer que síntomas depresivos son producto "normal" de los procesos relacionados con la edad. Suele prejuiciosamente creerse que en la gente de edad serían normales manifestaciones tales como la avaricia, la anhedonia, la apatía, la irritabilidad, el pesimismo y la tristeza y que estos síntomas "normales" no requerirían tratamiento, privándolos de una potencial mejoría(1, 2, 3, 10, 11).

En las depresiones de los gerontes pueden predominar quejas somáticas con mayor o menor componente hipocondríaco, ideas delirantes de contenido persecutorio, trastornos conductuales, agitación y síntomas cognitivos, sobre los cambios en el tono del humor y la culpa.

La aparición simultánea de síntomas depresivos y de déficit cognitivo, hacen menester diferenciar básicamente una pseudodemencia depresiva de una demencia que debuta con depresión(21, 23).

El trastorno depresivo puede ser secundario a enfermedades físicas, o a medicación. Muchas enfermedades tales como anemia, Parkinson, demencia, alteraciones metabólicas, alteraciones tiroideas, in-

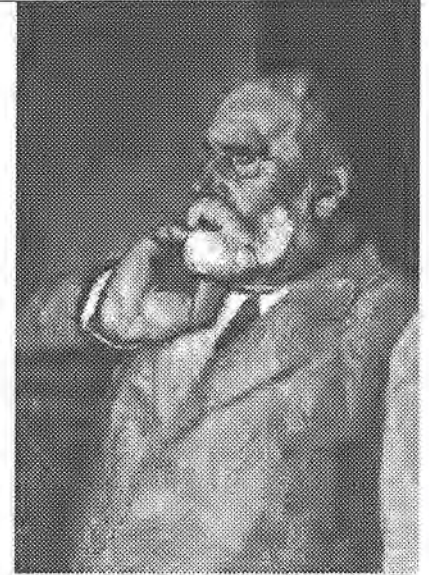
fecciones sobre todo de origen viral, carcinomas, accidentes cerebrovasculares, dependencia alcohólica, etc. pueden desencadenar cuadros depresivos(12).

Ciertos fármacos prescritos frecuentemente a los ancianos, como benzodiazepinas, betabloqueantes, drogas antihipertensivas, vasodilatadores como la cinarizina y sus derivados, digitálicos, corticoides, etc., suelen provocar cuadros depresivos que se prolongan por bastante tiempo, aún después de discontinuada esta medicación. Es importante tener en cuenta que algunos efectos adversos de los antidepresivos son semejantes a síntomas de la depresión (adinamia, astenia, amnesia). A la inversa, varios síntomas depresivos son semejantes a los efectos adversos de algunas drogas antidepresivas (mareos, constipación, palpitaciones, etc.)(4, 5, 6, 12, 19, 21).

El elevado número de factores psicológicos reactivos, en sujetos cuya capacidad de adaptación está naturalmente mermada, es otro factor importante que diferencia estas depresiones con las que suceden en etapas anteriores de la vida, las enfermedades crónicas, la decadencia física e intelectual, la pérdida del vigor sexual, la jubilación, la pobreza, la pérdida de estatus y roles, la muerte de seres queridos, las mudanzas o la institucionalización, etc.; esta devaluación física, económica y social puede modificar y cronificar el cuadro clínico(3, 10, 11).

La edad de comienzo de la depresión puede variar el cuadro clínico. Los pacientes deprimidos que han tenido su primer episodio en la edad senil presentan menores antecedentes familiares, mayor frecuencia de alteraciones cognitivas, de atrofia cerebral, de recaídas y recurrencias y de comorbilidad, que en los pacientes con depresiones de comienzo en la juventud o adultez(1, 12).

Una vez realizado el diagnóstico debemos elegir el antidepresivo. En estos pacientes es importante el estudio pretratamiento. Antes o paralelamente a la realización de la primera prescripción, debemos solici-



tar un examen clínico completo y los exámenes complementarios necesarios, que nos permitan tener un amplio conocimiento del paciente, para elegir el antidepresivo a emplear. En las primeras entrevistas se solicitarán exámenes de laboratorio (rutina de sangre y orina, ionograma, hepatograma, creatinina plasmática, etc.); estudios hormonales (T3, T4, TSH, etc.); electrocardiograma, electroencefalograma; diagnósticos por imágenes que se consideren pertinentes (tomografía computada, resonancia nuclear magnética, etc.). También deberán pedirse interconsultas con otros especialistas, sobre todo con cardiología y neurología. Con esto descartaremos cualquier patología orgánica que pudiera interferir con el diagnóstico y el tratamiento(17, 19, 20).

La elección del antidepresivo debe realizarse teniendo en cuenta varios parámetros. Una vez hecho el diagnóstico debemos relacionar la forma clínica del trastorno con el perfil clínico del fármaco. Por ejemplo si en una depresión predominan la ansiedad y la agitación, se usarán antidepresivos sedativos, mientras que si predomina la inhibición se utilizarán fármacos menos sedantes e incluso desinhibitorios(21, 23).

Indagar sobre la historia psicofarmacológica nos permitirá conocer los antecedentes, tanto de eficacia como de efectos adversos, que generaron eventuales prescripciones anteriores, y también detectar patologías desconocidas o no referidas por el paciente, pero importantes para nosotros a la hora de elegir un psicofármaco (ej. nos relata que ingiere gotas oftálmicas para el glaucoma, descongestivos prostáticos para el adenoma, etc.).

Si hay antecedentes de que con sanguíneos directos padecieron un episodio depresivo y respondieron a determinado tratamiento, o si el paciente presentó episodios depresivos previos y mejoró con el tratamiento instituido, es con esta droga y no otra con la que deberemos comenzar, siempre que no estuviera contraindicada actualmente. Por el

contrario, si sabemos que un tratamiento previo ha fracasado, ya sea por ineficaz o por no tolerado, no utilizaremos la misma droga(28).

La existencia de enfermedades físicas concomitantes condiciona también la elección y el uso del psicofármaco (ej. arritmias y drogas anticolinérgicas) o, en otros casos, puede potenciar los fármacos que se utilizan para tratar esa patología concurrente (ej. colon irritable y drogas anticolinérgicas)(12). Debemos tener en cuenta que la repuesta a un antidepresivo puede diferir de la esperada en un adulto debido a que durante el proceso de envejecimiento se ponen en juego una serie de cambios fisiológicos y fisiopatológicos que van a alterar la farmacocinética de los antidepresivos empleados, obligándonos a individualizar tanto el fármaco como la dosis.

La farmacocinética estudia el conjunto de procesos que van a determinar la concentración de una droga en la biofase (absorción, distribución, metabolización y excreción). Dicho de manera simple, estudia todas las modificaciones que el organismo le provoca a una droga desde que entra hasta que sale del mismo.

En los ancianos la absorción disminuye notoriamente debido a que se reducen la secreción de ácido clorhídrico, la superficie intestinal, la motilidad y el flujo sanguíneo gastrointestinal. Los antidepresivos son liposolubles por lo que se almacenan en las grasas. En los ancianos las mismas se incrementan, por lo tanto van a presentar una acción más prolongada.

La unión a las proteínas plasmáticas de la mayoría de los antidepresivos oscila alrededor de un 90%. Estas suelen estar disminuidas en los ancianos, tanto por deficiencias en la dieta, enfermedades concomitantes, o por estar ocupadas por otras drogas prescritas conjuntamente (fenilbutazona, anticoagulantes, etc.). Esta hipoproteinemia, absoluta o relativa, aumenta la proporción de droga libre que como sabemos es la farmacológicamente activa.

Son frecuentes también las altera-

ciones en la suficiencia hepática, por lo que el metabolismo de los antidepresivos podrá descender a niveles inferiores al 50%, a lo que se suma que la mayoría de los antidepresivos presentan un efecto de primer pasaje hepático de alrededor del 90%.

La involución provoca la alteración de la función filtradora del riñón, disminuyendo la filtración glomerular, el flujo sanguíneo y la capacidad de excreción tubular.

Estas alteraciones van a ocasionar un aumento más o menos importante de la vida media plasmática de los antidepresivos, incrementándose la posibilidad de aparición de efectos adversos(14, 17).

El correcto manejo de estas drogas debe tender no sólo a disminuir la sintomatología, sino también a que el paciente, mejorado o libre de síntomas, tenga una buena calidad de vida, no alterada por no haber sabido prevenir o evitar los efectos adversos o tóxicos.

Gran cantidad de estudios randomizados a doble ciego, no dejan ninguna duda que los antidepresivos son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la depresión. Los estudios de este tipo con gerontes no son demasiados y son menos los que se refieren al tratamiento de la depresión en pacientes mayores de 80 años, por lo que las recomendaciones terapéuticas sobre el uso de drogas antidepresivas son extraídas de experiencias con pocos pacientes o inferidas del tratamiento de pacientes más jóvenes(21).

Para reducir la duración y la severidad del episodio depresivo debemos iniciar rápidamente el tratamiento. Varios autores han postulado que la rápida intervención disminuye la fuerza y el riesgo de subsecuentes episodios depresivos, previniendo un curso deteriorante (18, 19). Sin embargo, a muchos ancianos depresivos que sufren un primer episodio no se les indica un tratamiento rápido y eficaz porque no se reconoce la depresión, no se evalúa su severidad, o por atribuir los síntomas a recientes situaciones estresantes (19).

No se conoce demasiado cuánto predican la respuesta al tratamiento antidepresivo factores tales como sintomatología, subtipo de depresión, comorbilidad, etc., sí se conoce que la respuesta exitosa depende de lograr adecuadas dosis, duración del tratamiento y niveles plasmáticos.

La respuesta terapéutica depende de las dosis necesarias que permiten lograr adecuados niveles de droga en sangre.

Es frecuente en los ancianos, sobre todo con antidepresivos tricíclicos, por temor o falta de idoneidad, observar que se lleve adelante incorrectamente el tratamiento. No existen trabajos estadísticos precisos, pero podemos pensar que alrededor de un 35-40% de los pacientes geriátricos reciben dosis de antidepresivos inferiores a las necesarias. Es frecuente ver que pacientes ancianos que realizaron intentos suicidas fueron tratados durante meses con dosis insuficientes de antidepresivos, y en muchos de estos casos los prescriptores no eran especialistas.

La individualización de la dosis puede ser problemática en estos pacientes dado que la posibilidad de reacciones idiosincráticas y la disminución de las respuestas homeostáticas hacen que sean muy vulnerables a los efectos adversos de estas drogas. Un parámetro a tener en cuenta pueden ser las dosis utilizadas en un tratamiento previo exitoso.

Debemos empezar por dosis bajas incrementándolas lentamente guiándonos tanto por la mejoría

como por la aparición de efectos indeseables, hasta alcanzar lentamente la dosis máxima tolerada.

Si los efectos indeseables no son tolerados, debemos suspender el antidepresivo y sustituirlo por otro con diferente perfil de efectos adversos (6, 21, 26).

Cuando el cuadro depresivo sea grave, y podemos institucionalizar al paciente con posibilidad de vigilancia estricta, las dosis de inicio podrán ser más altas.

Las dosis terapéuticas efectivas suelen estar entre el 30 y el 75% de las indicadas para un adulto.

La determinación de los niveles plasmáticos, que en nuestro medio no es frecuente hacer, nos permite, unas veces evitar el riesgo de concentraciones sanguíneas elevadas que generarán efectos tóxicos, y otras, confirmar el cumplimiento de las indicaciones.

El antidepresivo ideal debe ser capaz de revertir específicamente los síntomas del trastorno depresivo sin la concomitante aparición de efectos adversos. Es obvio que hasta el momento no se ha alcanzado este objetivo, por lo que, ante la necesidad perentoria de la prescripción en una población tan susceptible como la geriátrica, debemos ser extremadamente cuidadosos en la elección (26).

El tiempo en que se prescribe un antidepresivo puede no ser el adecuado. Es frecuente que los ancianos sean respondedores lentos, esto es que necesitan un tiempo de latencia mayor de 2 semanas. Muchos pueden empezar a responder recién a las 5, 6, u 8 semanas. Si el antidepresivo es retirado antes no se va a manifestar el efecto terapéutico (19).

Georgotas y McCue en el 89 publicaron un trabajo donde reportaron los beneficios de prolongar más allá de 7 semanas el tratamiento con nortriptilina o fenelzina. Encontraron un 54% de respuestas a las 7 semanas y un 70% a las 9 semanas, y un tercio de los que no respondieron a las nueve semanas lo hicieron a las 12 semanas.

Los ancianos suelen ser respon-

dedores parciales al tratamiento, dado que luego de presentar una mejoría que los aleja de su inclusión en los criterios sintomáticos para el trastorno, pueden continuar con algunos síntomas sin poder recuperar el nivel de funcionamiento previo a la enfermedad.

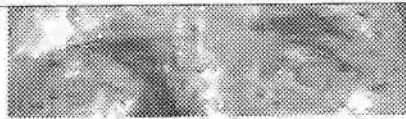
Cuando el antidepresivo es correctamente elegido y se prescribe en dosis adecuadas, durante el tiempo adecuado, la falta de respuesta puede ser debida a un incumplimiento de las indicaciones.

Se calcula que alrededor del 80% de los ancianos, si no son controlados, no cumplen las indicaciones del médico prescriptor por olvido, equivocación o negligencia.

La mejoría, el empeoramiento, el desconocimiento del período de latencia, los efectos adversos, la lectura del prospecto, los déficit de concentración y memoria que acompañan a la depresión, la no comprensión de las indicaciones, las limitaciones intelectuales del paciente y la situación económica, son los factores más importantes a tener en cuenta de los que inciden en el cumplimiento de las indicaciones, tanto en lo que se refiere al fármaco como a la dosificación (19).

En los últimos años se ha reconocido que la depresión es una enfermedad crónica con altos índices de recurrencias y recaídas, sobre todo por discontinuar el tratamiento cuando ocurre la remisión sintomática; este hecho es más manifiesto en los gerontes y podría ser muchas veces evitado siguiendo esquemas de tratamiento pertinentes. *Remisión* es la disminución total o parcial de los síntomas; *recaída* implica la reaparición de síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para el episodio antes que el paciente se haya recuperado del mismo; *recurrencia* es la aparición de un nuevo episodio (20).

Es importante advertir al paciente que ha tenido un trastorno del humor, que esté alerta a el retorno de síntomas característicos tales como insomnio, anorexia, para asegurar una rápida y efectiva inter-



vención terapéutica ante una posible recaída o recurrencia.

El tratamiento de continuación y de mantenimiento con drogas antidepressivas ha mostrado sobradamente ser más efectivo que el placebo en la profilaxis de las recaídas y recurrencias(28).

Si bien existen pocos trabajos que se refieran al tratamiento de continuación y de mantenimiento en pacientes de tercera edad, sabemos que aunque la respuesta en el corto término sea buena, el pronóstico a largo plazo de la depresión en el anciano es reservado. En varios trabajos de seguimiento sólo entre el 25 y el 35% de los pacientes continuaron asintomáticos luego de 1 a 3 años de seguimiento. Los datos disponibles nos indican que algunos pacientes pueden continuar asintomáticos si se continúa el antidepressivo más allá del episodio agudo(19).

El tratamiento incorrecto de este trastorno puede generar una serie de modalidades evolutivas que van a provocar una importante alteración en la calidad de vida del paciente, cuando no a ponerla en serio riesgo:

1. Los episodios son más frecuentes y severos a medida que aumenta la edad del paciente.

2. A medida que se producen nuevos episodios:

A. Aumenta:

1. La severidad de la depresión.
2. La frecuencia de nuevos episodios.
3. El riesgo de recurrencia
4. La resistencia a la medicación.

B. Los factores desencadenantes son cada vez menos importantes.

C. Los intervalos libres se acortan.

3. Repetidas discontinuaciones del tratamiento farmacológico pueden generar refractariedad y/o resistencia

Es muy común en nuestro medio que, luego de la mejoría sintomática se discontinúe la medicación para continuar sólo con psicoterapia, provocándose, en la mayoría de los casos, un retorno de los síntomas que habían desaparecido (recaída).

Cuando se produce la remisión se sabe que existen altas probabili-

dades de que el paciente presente una recaída si se discontinúa el tratamiento, dado que la depresión no finaliza cuando lo hace la sintomatología aguda. Las drogas antidepressivas podrían suprimir los síntomas depresivos sin corregir inmediatamente los procesos biológicos subyacentes de la depresión, necesiándose un lapso de varios meses entre el control de los síntomas y la finalización del episodio.

Dando una aproximación esquemática, se podría decir que el tratamiento de continuación luego de remitir la sintomatología de un primer episodio de depresión unipolar en un paciente mayor de 65 años debería durar entre 6 meses y un año con el objetivo de evitar que reaparezca el mismo episodio que se está tratando. Luego, si pensamos que el paciente no presenta factores de riesgo de recurrencia severa, podemos reducir las dosis muy lentamente, durante semanas, tratando de detectar prolijamente síntomas que podrían indicar una recaída. Si estos síntomas aparecen, las dosis deben ser nuevamente incrementadas. Algunos ancianos pueden necesitar más de 6 a 12 meses de medicación.

Este lapso se debe contar desde que el paciente se encuentre libre de síntomas. Si se cuenta desde el primer día en que se administraron los antidepressivos o si el paciente presenta sintomatología residual moderada o leve, aparecen altos porcentajes de recaídas cuando se suspende la medicación. Esto nos indica que la respuesta parcial, tan común en los gerontes, es un factor de riesgo de recaída, por lo que la permanencia de síntomas residuales indica que el paciente necesita un ajuste y la continuación del tratamiento.

El 70% de los pacientes que recaen lo hacen durante las primeras 8 semanas siguientes a la discontinuación prematura del antidepressivo.

Las dosis del antidepressivo durante el tratamiento de continuación o mantenimiento deberán ser las mismas que las del episodio agudo ya que de todos los estudios de tratamiento a largo plazo de la de-

presión ninguno muestra la efectividad profiláctica de la reducción de la dosis, sino todo lo contrario. Aproximadamente un 80% de los pacientes que permanecen con las mismas dosis utilizadas para el episodio agudo durante el tratamiento de continuación, pueden mantenerse libres de recaídas. Se debe considerar que la dosis necesaria para lograr la remisión es la misma que se necesita para evitar la recaída.

Si el paciente ha cursado el segundo episodio, la duración del tratamiento deberá ser mayor. Varios investigadores han identificado el riesgo de recurrencia en más del 50% luego del primer episodio y un 70 a 80% después del segundo episodio, especialmente si el episodio anterior aconteció menos de 3 años antes del episodio actual. Otros autores reportaron que quienes tuvieron 2 episodios en menos de 5 años presentan un 70% de probabilidades de presentar 2 o más episodios durante los próximos 5 años.

Si el paciente ha cursado un tercer episodio deberá contemplarse la posibilidad de tratamiento por muy largo plazo, inclusive de por vida sobre todo si los episodios han sido muy invalidantes y/o con gran riesgo suicida.

Para otros autores, si el episodio depresivo se presentó después de los 50 años, y ha sido severo, es razón suficiente para medicar de por vida al paciente(19, 20, 28).

En el tratamiento agudo de la depresión pueden ser necesarias estra-

tegias de combinación de fármacos para lograr la remisión sintomática total en pacientes añosos con depresión mayor recurrente, que han mostrado una respuesta inadecuada después de 8 a 12 semanas de monoterapia antidepressiva. El perfil clínico pretratamiento de los pacientes que no van a responder bien con una sola droga mostró un patrón de ansiedad, pánico, hipocondría, trastornos del sueño, y/o severos factores desencadenantes.

Las estrategias más comunes son la potenciación combinando un tricíclico con un IRSS, o combinando algunas de estas drogas con litio.

Un 50% de los pacientes que reciben tratamiento combinado pueden recaer cuando se discontinúa la medicación agregada aunque continúe tomando el antidepressivo. Este 50% necesita continuar con ambos medicamentos más allá del fin de la fase aguda para evitar las recaídas.

La respuesta clínica al tratamiento combinado no parece diferir de aquellos pacientes que no recaen sin la continuación del tratamiento combinado, por lo que es difícil conocer de antemano quiénes son estos pacientes. El criterio sería continuar con el tratamiento combinado respetando los criterios de tiempo y de dosis referidos anteriormente para la monoterapia(25).

Con respecto a las drogas en particular, los antidepressivos tricíclicos suelen no ser tan bien tolerados por los ancianos. Las aminas secundarias (desimipramina y nortriptilina), al generar menores efectos anticolinérgicos, son los tricíclicos que estarían más indicados en esta población.

La mayoría de los efectos adversos desaparece al discontinuar el fármaco pero en ocasiones puede ocasionar consecuencias graves. La hipotensión ortostática, que se hace presente al inicio del tratamiento apareciendo ya con niveles plasmáticos subterapéuticos, puede ser causa de caídas y traumatismos serios. La nortriptilina ha demostrado presentar con menor frecuencia este efecto(18).

Si aparece ideación delirante en

el transcurso del tratamiento con tricíclicos con acción anticolinérgica es aconsejable cambiar el antidepressivo a uno no anticolinérgico. En el caso de que realmente sea una depresión con síntomas psicóticos es menester, para evitar que empeore, la combinación con neurolepticos.

Los tricíclicos, sobre todo los sedativos, pueden provocar, por lo menos al comienzo, síntomas que podrían ser evaluados como un aumento de la depresión (apatía, inercia, retardo intelectual, disforia) y, de no hacer una correcta evaluación, terminaremos en una escalada de dosis que podría poner en serio riesgo al paciente. Por otro lado, los antidepressivos sedativos, tricíclicos o no, pueden controlar la ansiedad de ancianos deprimidos evitando incluir ansiolíticos.

Los IMAO en general no se prescriben, salvo que fracasen otros recursos o que existan claros antecedentes de mejoría en episodios previos y en el momento actual no estén contraindicados y el paciente tenga familiares confiables que lo controlen. Esta situación no es generada por su falta de efectividad sino por la posibilidad del síndrome hipertensivo al combinarse con tiramina, y por la importante hipotensión postural que provocan(23).

El nuevo inhibidor reversible de la MAO A (moclobemida) abrió nuevas expectativas que lamentablemente no se han visto del todo satisfechas. Es una droga muy bien tolerada que no presenta habitualmente efectos adversos significativos y, si se prescribe en dosis de hasta 600 mg/día, prácticamente no existe riesgo que provoque el efecto tiramínico.

Dentro de los IRSS, la fluoxetina actúa inhibiendo selectivamente la recaptación de serotonina en el sistema nervioso central, no teniendo efecto sobre la recaptación de noradrenalina y dopamina. Puede ser usado en depresiones con fuerte componente inhibitorio, no se recomienda pasar los 20 mg/día por que puede producir anorexia, inquietud, irritabilidad e insomnio.

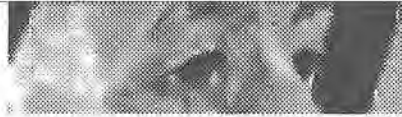
No presenta efectos anticolinérgicos, hipotensores ni sedativos. Dado que tiene una muy prolongada vida media se administra una vez por día, lo que puede ser útil para facilitar el cumplimiento. La aparición de acatisia, temblores, inquietud y desasosiego puede anteceder a una actuación suicida y son índice de suspensión inmediata.

La paroxetina, otro IRSS con perfil más sedativo, demostró en varios estudios en gerontes buena tolerabilidad y eficacia sobre todo en depresiones ansiosas y agitadas. Los efectos adversos más frecuentes son temblores, náuseas y sudoración.

La sertralina es otra droga integrante de esta familia. No se ha demostrado con este fármaco el síndrome de activación que produce la fluoxetina. Tiene una vida media de 24 hs., pero no presenta metabolitos activos y la inhibición del citocromo p 450 es menor que con otros IRSS. Las dosis útiles en los gerontes oscilan entre 10 y 30 mg/día. Sus efectos colaterales más frecuentes son náuseas, boca seca, somnolencia e insomnio.

El citalopram es un potente inhibidor de la recaptación de serotonina. Los efectos colaterales más frecuentes son náuseas, cefaleas, insomnio, temblor y acatisia. Presenta una vida media de alrededor de 30 hs. No existe todavía una buena cantidad de trabajos que avale su superioridad en gerontes frente a otros antidepressivos; además el alto precio lo hace sumamente restrictivo.

La mirtazapina es un nuevo antidepressivo de mecanismo de acción exclusivo y una eficacia comparable a los tricíclicos. Ha sido evaluada en 2.500 pacientes con depresión moderada y severa, muchos de ellos ancianos y ha demostrado resultados positivos en un 80% luego de 6 semanas de tratamiento. Actúa selectivamente sobre receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos. Es un antagonista de los receptores α_2 presinápticos. Estos receptores actúan regulando negativamente la liberación de noradrenalina, por lo que al ser bloqueados aumentan la libera-



ción de este neurotransmisor, lo cual se traduce en una estimulación postsináptica de receptores noradrenérgicos presentes en distintos tipos de neuronas.

Existen también heterorreceptores α_2 localizados en la presinapsis de las neuronas serotoninérgicas, por lo que esta droga va a incrementar por esta vía la liberación de serotonina.

El aumento de la liberación de noradrenalina al estimular los receptores α_1 , que no resultan bloqueados por la mirtazapina, localizados en neuronas serotoninérgicas (heterorreceptores), estimula la descarga de estos cuerpos neuronales.

La serotonina liberada actúa sólo en los receptores $5HT_1$ dado que los $5HT_2$ y los $5HT_3$ son bloqueados específicamente por la mirtazapina.

Al bloquearse los $5HT_2$ no se producen efectos adversos serotoninérgicos como ansiedad y alteraciones de la presión arterial. Al bloquearse los $5HT_3$ no se producen náuseas y vómitos. Es decir que el bloqueo $5HT_2$ y $5HT_3$ tiene como finalidad disminuir los efectos adversos provocados por la excesiva descarga de serotonina, la que ejerce su acción sólo por vía $5HT_1$.

La mirtazapina no tiene acción sobre receptores muscarínicos, por lo que no posee efectos adversos anticolinérgicos. Si tiene una relativa afinidad por el receptor H_1 por lo que debe administrarse de noche para facilitar el sueño y evitar una posible sobresedación frecuente en ancianos, que puede evitarse comenzando con dosis bajas.

Otro dato interesante es que provoca una inhibición menor del 1% del citocromo P 450 2D₆.

Las características precitadas y el hecho de que sea una droga segura en sobredosis—no se han reportado casos fatales ni alteraciones clínicas importantes a dosis muy altas—hacen que sea un fármaco a ser muy tenido en cuenta para prescribirlo a gerontes deprimidos(7). La venlafaxina es un inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y de noradrenalina. Presenta un pobre per-

fil de efectos adversos, pero necesita ser más probada en gerontes.

La mianserina presenta la ventaja de no tener efectos indeseables a nivel cardiovascular, por lo que es bien tolerada en los ancianos. Tiene buen efecto antidepresivo y un efecto sedativo potente que, por un lado, puede evitar la necesidad de agregar benzodiazepinas, pero por otro provoca riesgo de caídas. Su mecanismo de acción es el bloqueo del receptor α_2 presináptico.

El trazodone ha fracasado como antidepresivo, y su alto poder sedativo aumenta el riesgo de traumatismos, por lo que no es aconsejable en ancianos.

El amineptino es una molécula que actúa selectivamente sobre la neurotransmisión dopaminérgica. Tiene un efecto desinhibidor marcado, por lo que hay que ser cuidadosos cuando se le indica a pacientes con riesgo suicida. Carece de efectos anticolinérgicos por lo que suele ser bien tolerado.

El tianeptino ha hecho replantear, en parte, la teoría neurobiológica de la depresión dado que su mecanismo de acción a corto plazo, contrariamente a todos los demás antidepresivos, es aumentar selectivamente la recaptación de serotonina por el terminal sináptico después de la administración aguda y crónica. El tianeptino mejora las funciones cognitivas (atención, memoria, y comprensión), luego de 6 meses de tratamiento, lo que lo haría útil en el tratamiento de las depresiones en gerontes. Presenta también un efecto antiasténico, que podría ser independiente a su acción antidepresiva, y un efecto ansiolítico no acompañado de sedación. Ha mostrado eficacia en pacientes de tercera edad con o sin trastornos cognitivos(16).

Los antipsicóticos son de utilidad en los trastornos depresivos con síntomas psicóticos o en las depresiones con gran componente ansioso, agitadas y/o con ideación suicida franca. Las dosis deben ser menores que las utilizadas en los adultos jóvenes, dado que los gerontes son muy sensibles a los efec-

tos adversos de estas drogas, sobre todo a la diskinesia tardía.

Los importantes efectos anticolinérgicos de la tioridazina equiparan su cardiotoxicidad a algunos antidepresivos tricíclicos, por lo que debemos tomar los mismos recaudos que con estas drogas. Obviamente está contraindicada la combinación de tioridazina con amitriptilina, clorimipramina, o imipramina por el riesgo de generar severos efectos anticolinérgicos.

Se necesitan más estudios para demostrar la superioridad de nuevas drogas antipsicóticas en gerontes (bromperidol, zuclopentixol, risperidona, olanzapina).

Las benzodiazepinas se indican para controlar la ansiedad y el insomnio que habitualmente acompañan a la depresión, sobre todo mientras dura el período de latencia del antidepresivo, y para controlar la ansiedad e inquietud que pudieran producir estas drogas.

Suelen ser prescritas indiscriminadamente en este grupo etario, quienes las ingieren por años. No deberían indicarse por períodos mayores de 3 meses, para evitar la tolerancia, la dependencia y los trastornos de memoria de corto plazo.

Las benzodiazepinas de corta vida media, menor liposolubilidad, que no posean metabolitos activos y que no presenten efecto relajante muscular, son de elección en los gerontes. El oxazepam no provocaría reacciones paradójales, las que se caracterizan por agitación, insom-

nio, agresividad y confusión. Según algunos autores esto se debería a que no se metaboliza a desmetildiazepam, metabolito seguramente responsable de estas reacciones.

La combinación de benzodiazepinas entre sí (salvo con el clonazepam), hecho frecuente de ver en la práctica, no es avalada por ningún trabajo científico, dado que todas estas drogas presentan las mismas acciones y efectos farmacológicos.

En algunas oportunidades puede evitarse su prescripción eligiendo antidepresivos de perfil más sedativo como la mianserina.

Las azapironas (buspirona), las ciclopirrolonas (zopiclona) y las imidazopiridinas (zolpidem), parecen ser fármacos seguros y con acción ansiolítica más selectiva, pero sería prematuro hoy asegurar su su-

perioridad sobre las benzodiazepinas(15).

El litio ha demostrado su utilidad en las depresiones bipolares, en las unipolares recurrentes y en las depresiones resistentes para potenciar el efecto antidepresivo.

Su efectividad ha sido demostrada con niveles plasmáticos más bajos (0.4-0.6 mEq/l), logrados con un tercio o la mitad de la dosis que se utiliza en los adultos.

En los ancianos medicados con litio es importante el control de la ingesta de sodio, las diarreas, vómitos y los eventuales tratamientos con diuréticos, dado que la depleción de este ión provoca retención de litio, aumentando peligrosamente su concentración sérica.

Se debe vigilar cuidadosamente la función renal, cardiovascular y tiroidea, constituyendo la insuficien-

cia cardíaca o renal contraindicaciones absolutas para este fármaco.

Los síntomas más comunes de toxicidad en ancianos son temblores, náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea, que pueden rápidamente progresar hasta la confusión, coma y muerte.

Se debe controlar la litemia al principio semanalmente y luego de manera cada vez más espaciada(30).

Algunos autores utilizan, en un porcentaje de depresiones resistentes, el agregado de metilfenidato o pemolina; otros la indican cuando existe una marcada astenia. Deben ser prescriptos por corto tiempo.

Los efectos adversos más importantes son crisis hipertensivas, dependencia y alteraciones del metabolismo de otros fármacos al inhibir las enzimas microsomales hepáticas ■

Referencias Bibliográficas

- Baldwin, R. et al., "Prognosis of depression in old age". *Br. J. of Psychiatry*, 151, 1986.
- Blazer D., "Depression in the elderly". *N. Engl. J. Med.* 1989; 320.
- Blazer D., "The epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population". *Am. J. Psychiatry*, 1980, 137, 439-444.
- Carty, M., Everitt, D., "Basic principles of prescribing for geriatric outpatients". *Geriatrics*, Vol. 44 Nº6, 1989.
- Cohen, D., "Antidepresivos: farmacocinética, efectos adversos e interacciones". *Farmacología Clínica*, Vol. 1, Nº 3, 1994.
- Conde López, V. et al., "Los trastornos afectivos de los ancianos y su tratamiento con antidepresivos heterocíclicos". *Anales de Psiquiatría* (Madrid), Vol. 9, Nº 2, 1993.
- Claghorn, J., et al., "A double-blind placebo-controlled study of Org 3770 in depressed outpatients". *J. Affect. Dis.* 1995, 34, 165-171.
- Dawling S., et al., "Nortriptyline therapy in elderly patients: dosage prediction from plasma concentration at 24 hours after a single 50 mg dose". *Br. J. Psychiatry*, 1981; 139.
- Dietch J., "The effect of nortriptyline in elderly patients with cardiac conduction disease". *J. Clin. Psychiatry*, 1990; 51.
- Espector, E., "Administración racional de psicofármacos en gerontes". Trabajo presentado al X Congreso Argentino de Psiquiatría, Río Hondo, Junio de 1994.
- Espector, E., Didia J., "Prescripción Racional de Psicofármacos en Gerontes. Un desafío a los años". Trabajo ganador del primer premio APSA, XII Congreso Argentino de Psiquiatría, Tucumán, 1996.
- Finch, E. et al., "Depression and Physical Illness in Old Age" *Focus on depression*, Vol. IV, Issue 1, March 1993.
- Garay Burdeos, J., "Farmacoterapia en el paciente anciano" *Gerátrika*, Vol. 1, 1991.
- Greenblatt D. J. et al., "Drug disposition in old age". *N. Engl. J. Med.* 1982; 306.
- Greenblatt D. J., et al., "Implications of altered drug disposition in the elderly; studies of benzodiazepines". *J. Clin. Pharmacol.* 1989; 29.
- Kamoun, A. et al., "Un stimulant de la capture de sérotonine peut-il être un authentique antidépresseur? *L'Encéphale*, 1994, XX, 521-25.
- Kristensen M. et al., "The use of psychotropic medication in a geriatric population" *Nordic Journal of Psychiatry*, Supplement 28, Vol. 47, 1993.
- Kumar V., "Plasma levels and effects of nortriptyline in geriatric depressed patients". *Acta Psychiatr. Scand.*, 1987;
- Kupfer, D., "The advantage of early treatment intervention in recurrent depression". *Arch. Gen. Psych.* 1989, 46, 771-775.
- Kupfer, D., "Long term treatment of depression". *J. Clin. Psych.* 1991, 52, 28-34
- Maletta, G. et al., "Guidelines for prescribing psychoactive drugs in the elderly: part 1 y 2" *Geriatrics*, Vol. 46, Nº 9, 1991.
- Naguib, M., "Drug Treatment in the Elderly Patient - The State of the Art", *Nordic Journal of Psychiatry*, Supplement 28, Vol. 47, 1993.
- Post, F., "The management and nature of depressive illness in late life: a follow-through study". *British Journal of Psychiatry*, 1121, 1972.
- Reynolds C., "Treatment of depression in special populations". *J. Clin. Psychiatry*, 1992; 53:9 (Suppl).
- R. Seth, A. et al., "Combination treatment with noradrenalin and serotonin reuptake inhibitors in resistant depression". *British Journal of Psychiatry*, 161, 1992.
- Rynanen, O., "Psychotropic medication and quality of life in the elderly" *Nordic Journal of Psychiatry*, Supplement 28, Vol. 47, 1993.
- Salzman C., "Pharmacologic treatment of depression in the elderly". *J. Clin. Psychiatry* 1993;54 (Suppl).
- Thase, M., "Relapse and recurrence in unipolar major depression..." *J. Clin. Psych.*, 1990, 51, 51-59.
- Troy L. et al., "Psychotropic drug use in the elderly" (Second of two parts). *The New England Journal of Medicine*, Vol. 308, Nº 4, 1983.
- van Marwijk H. et al., "Lithium augmentation in geriatric depression". *J. Affective Disord.* 1990; 20(4).

Escalas de medición de trastornos de conducta en las demencias de tipo Alzheimer*

Daniel Matusevich

Médico especialista en Psiquiatría. Médico de planta del Hospital Italiano.
Miembro de la International Psychogeriatric Association.

Judith Szulik

Médica Psiquiatra. Ex instructora de residentes del Hospital Italiano.
Miembro de la International Psychogeriatric Association.

Serrano 1445. (1414) Capital Federal, Tel.: 822-3218, E-mail: szulik@mail.retina.ar

Conceptualización del comportamiento en las demencias y sus alteraciones

A pesar de que el mismo Alzheimer(12) en su trabajo fundacional dio gran importancia a los síntomas comportamentales y a que estos son de muy frecuente observación en las demencias, -se estima que un 90% de los pacientes los presentan en algún momento de su enfermedad(16)- la mayoría de los autores posteriores enfatizó el déficit en la memoria y el deterioro en la inteligencia como los elementos claves característicos de las demencias. En este sentido, E. Caine(6) y M. Zaudig(43) revisaron el desarrollo de los criterios diagnósticos para las demencias en las clasificaciones psiquiátricas, haciendo algunas observaciones que merecen destacarse:

* Este tema es de desarrollo reciente en la literatura psicogeriátrica. El objetivo de nuestro trabajo es presentar las últimas actualizaciones respecto al mismo, ya que hasta el momento permanece inédito en idioma español, lo cual justifica la decisión de tomar como bibliografía de consulta básica diversos artículos editados en una misma publicación.

1. El *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, publicado por primera vez en 1918 y que fue el precursor del DSM-I, incluía una categoría diagnóstica denominada "psicosis seniles", caracterizadas por el deterioro de la memoria predominantemente para las experiencias recientes, defectos en la orientación, reducción global de la capacidad mental, compromiso de la atención, concentración y proceso de pensamiento, irritabilidad, oposicionismo, concentración del interés en sí mismo, tendencias a las reminiscencias e invenciones. Acompañando el deterioro se describían los cuadros paranoides, las depresiones y los estados confusionales.

2. El *DSM-I*, publicado en 1952, incluía a las demencias dentro de la categoría "psicosis asociadas con síndromes cerebrales orgánicos", las cuales se manifestaban por trastornos en la orientación, en la memoria, en las funciones intelectuales (como comprensión, cálculo, aprendizaje, conocimiento) y en el juicio, asociados con labilidad y superficialidad afectiva. Aportaba escasa información en relación a los síntomas comportamentales.

3. El *DSM-II* agrupaba bajo una

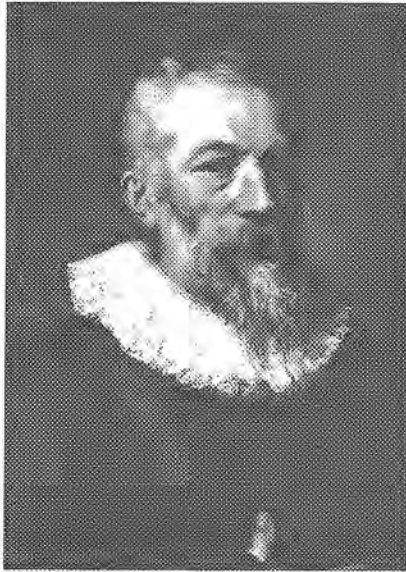
única categoría diagnóstica la "demencia senil y demencia presenil", clasificadas sobre la base de la edad de comienzo, y también como parte de las psicosis asociadas con síndromes cerebrales orgánicos. Tanto en el DSM-I como en el DSM-II, el foco de atención estaba puesto sobre los aspectos intelectuales, prestando menos atención a los comportamentales que estaban más jerarquizados en el *Statistical Manual*. Una posible explicación a esta situación podría tener que ver con el énfasis puesto, por la nosología psiquiátrica de esa época, sobre los pacientes ambulatorios que mostraban menos dificultades que los institucionalizados en estos aspectos.

4. En el *DSM-III* se define la "demencia degenerativa primaria" de comienzo insidioso y curso progresivo, vinculándola con la enfermedad de Alzheimer. Se mencionan los cambios de personalidad y los trastornos del comportamiento asociados, aunque no se especifican en detalle las dificultades que los mismos acarrear a los pacientes y sus cuidadores. Se establecen cuatro subtipos, a saber: no complicada, con *delirium*, con depresión y con delirio.

5. El *DSM-III-R* prácticamente no introduce modificaciones con respecto a los aspectos comportamentales.

6. El *DSM-IV* abandona el término "desorden mental orgánico" y lo divide en tres componentes: a) *delirium*, demencia y desórdenes amnésicos y otros cognitivos; b) desórdenes mentales resultantes de una condición médica general; c) desórdenes relacionados con sustancias. En cuanto a los subtipos, se mantienen los mismos que en las dos ediciones previas y se agrega un especificador para señalar la presencia de trastornos comportamentales.

Cabe mencionar que mientras se escribía esta edición se reunieron varios expertos en Gerontopsiquiatría de los Estados Unidos, quienes recomendaron incluir categorías descriptivas que dieran cuenta de los problemas de comportamiento en las demencias. Finalmente se de-

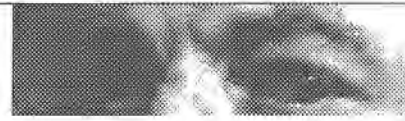


ció no hacerlo por considerar que ningún síntoma de este tipo reunía las condiciones de estabilidad, confiabilidad y validez para justificar su inclusión específica. De esta forma, surge el especificador de los trastornos de conducta para destacar la necesidad de identificar a aquellos pacientes que requerirían un tratamiento adicional para el manejo de estos síntomas. Esta decisión tuvo un aspecto político que consistió en darle un carácter psicopatológico a muchas de las manifestaciones de las demencias, ya que las agencias gubernamentales que administraban los hospitales públicos habían comenzado a excluir del tratamiento psiquiátrico a los pacientes con enfermedad de Alzheimer, argumentando que los mismos padecían de un trastorno neurológico más que psiquiátrico.

7. El ICD-10 también enfatiza los trastornos cognitivos de las demencias pero los síntomas comportamentales aparecen como parte de uno de los criterios diagnósticos, a pesar de no brindar tampoco una descripción detallada de los mismos. Los subtipos que se mencionan son:

- a. sin síntomas adicionales;
- b. predominantemente delirante;
- c. predominantemente alucinatorio;
- d. predominantemente depresivo;
- e. otros síntomas mixtos.

Tanto el DSM-IV como el ICD-10 definen claramente los elemen-



tos constitutivos del grupo de síntomas *cognitivos*; no sucede lo mismo con los comportamentales¹.

Recién en los últimos años se ha impulsado la investigación en profundidad sobre estos aspectos; en este marco comenzaron a desarrollarse escalas que evalúan los síntomas comportamentales de la enfermedad.

Las escalas son utilizadas como un elemento fundamental para definir y cuantificar los diferentes tipos de comportamientos que presentan estos pacientes; por otra parte son estas manifestaciones las que requieren manejo por parte del psiquiatra, ya que, en líneas generales, los trastornos cognitivos son atendidos por el médico neurólogo, sin tener en cuenta la dimensión existencial que implica sufrir una enfermedad con las características de la demencia.

Resulta fundamental, antes de realizar cualquier análisis sobre las escalas comportamentales, definir qué se entiende por comportamiento y cuáles son sus alteraciones. En el más amplio sentido, toda manifestación humana puede ser conceptualizada como conducta. A los fines de las investigaciones, una de las definiciones es la que propone el *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Behavioral Pathology Committee* (CERAD)(35, 37); *trastorno comportamental es toda conducta o síndrome psicológico o determinados patrones que se asocian con malestar subjetivo, alteración funcional o compromiso en las interrelaciones con los demás o con el ambiente*. Incluye humor depresivo o disfórico, síntomas psicóticos, agresividad, ansiedad, agitación, apatía y alteraciones neurovegetativas, en forma similar a otros cuadros psicopatológicos, y otros más

1. Incluso vale la pena mencionar que en el suplemento de *The American Journal of Psychiatry* de mayo de 1997 se define la demencia según los criterios del DSM IV mientras que las manifestaciones comportamentales se describen bajo el título de "Características asociadas".

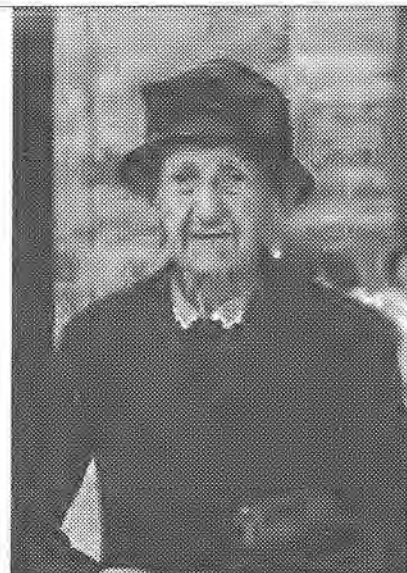
específicos de las demencias como las preguntas repetitivas o la turbulencia nocturna.

Cummings(13, 14) opina que los desórdenes del comportamiento en las demencias deben incluir los déficits cognitivos, los desórdenes neuropsiquiátricos, los cambios comportamentales relacionados a la demencia (vagabundeo, agitación, conductas repetitivas), los déficits en el desenvolvimiento de las actividades cotidianas, las alteraciones neurológicas elementales (como rigidez, incontinencia, pérdida de la capacidad para deambular), y los trastornos en la regulación del sueño, apetito y sexualidad. Como podemos observar, su definición es muy amplia e incluye los aspectos cognitivos de la enfermedad.

Zaudig(42) subdivide los síntomas de la demencia en cognitivos y no cognitivos y a estos últimos en dos subgrupos: los síndromes psiquiátricos y los trastornos del comportamiento.

Este autor menciona en el primer subgrupo a los delirios, alucinaciones, cambios en el estado de ánimo, delirium, depresión, ansiedades, fobias y dificultades en el reconocimiento de las personas. En el segundo subgrupo incluye a la irritabilidad, agitación, agresividad, desinhibición, explosiones verbales, apatía, labilidad afectiva, reacciones catastróficas y "sundowning".

Rabins señala que la utilidad de esta categorización radica en el reconocimiento de que no todas las manifestaciones pueden relacionarse con déficits provocados por un proceso cognitivo, pero, al mismo tiempo, la limitación con la que nos enfrenta deriva de la inespecificidad del término no cognitivo. Brinda un ejemplo que resulta muy esclarecedor: un paciente con agnosia puede estar atemorizado (síntoma no cognitivo) porque no puede reconocer a sus familiares (como consecuencia de un daño cognitivo) o porque está alucinando (como resultado de un síntoma no cognitivo). En un nivel clínico, es posible ligar estos síntomas, pero a



la hora de realizar mediciones todo se complica.

Por otra parte, plantea que la dicotomía cognitivo-no cognitivo implica un tratamiento distinto para cada uno de los polos, pasando por alto la utilidad del enfoque "funcional", que se refiere a la consideración de la discapacidad y de la calidad de vida en los objetivos del tratamiento, más allá del daño subyacente.

Podemos apreciar, entonces, que habría un acuerdo relativo respecto a los síntomas psiquiátricos, pero no en relación a los trastornos comportamentales, terreno en el que cada autor plantea sus propios grupos sintomáticos. Más compleja aún resulta la situación en el D. S. M-IV y en la C. I. E. 10 ya que en ningún lugar está consignada la forma en que la frase "con trastornos comportamentales" debe guiar la práctica clínica de todos los días, generándose así un reduccionismo significativo en relación al manejo de esta patología. Cada profesional estaría autorizado a conducirse según su criterio cuando se trata de medicar o de tomar una medida en relación a algún síntoma conductual, ya que varían según los distintos expertos y por consiguiente también variarían los síntomas que se medicarían, cómo se los medicará y qué decisiones se tomarán con ellos en los diferentes ámbitos.

Frente a los síntomas comportamentales, la conducta a seguir debería ser la siguiente²:

- Documentar el síntoma comportamental: es difícil determinar categorías de síntomas comportamentales, pero a grandes trazos podríamos plantear las siguientes: demandantes, psicóticas, paranoides, disruptivas, repetitivas, *actings out*, etc.

- Determinar su frecuencia, severidad y el impacto que producen en el cuidador: muchas veces la frecuencia de un comportamiento nos brinda datos acerca de la evolución de la enfermedad; el impacto en el

cuidador no tiene por qué estar relacionado con la frecuencia y determina habitualmente hacia dónde se dirigirá el tratamiento.

- **Identificar las causas subyacentes:** podemos dividir las en: a. *internas:* fisiológicas, psicológicas, cognitivas, físicas, comunicacionales; b. *externas:* hambre, calor, frío, contención física, farmacológicas; c. *dependientes del cuidador:* mal carácter, estrés, inoperancia, depresión, ansiedad.

- **Desarrollar los métodos de control o cuidado:** pueden incluir medidas como cambios en la dieta, actividad física, psicoterapia, psicofármacos, cambios en el cuidado, alteraciones del medio externo.

- **Evaluar el tratamiento:** debe ser evaluado a través del tiempo para poder distinguir aquellos comportamientos que responden a las medidas de los que son refractarios.

Para los dos primeros puntos las escalas resultan de gran utilidad ya que reducen notablemente el margen de confusión y facilitan la comunicación entre las distintas personas que tienen la responsabilidad de sostener al paciente.

Las escalas comportamentales se diferencian⁽¹³⁾ según distintas variables:

- a. **las fuentes de información:** pueden estar constituidas por los *familiares cuidadores*, situación apropiada en el caso de pacientes que residen en sus domicilios aunque presentan el inconveniente de estar influenciados por el ánimo, el nivel educacional y la sofisticación como observador del cuidador; en el caso de los *cuidadores profesionales*, principalmente el personal de enfermería, la ventaja proviene de la mayor experiencia en la observación de comportamientos, mientras que la desventaja consiste en que las observaciones se efectúan sólo durante el turno de trabajo. Se utilizan para pacientes institucionalizados; la *observación directa del paciente* por parte de un médico presenta la ventaja de un observador calificado, pero la complicación radica en que el comportamiento ob-

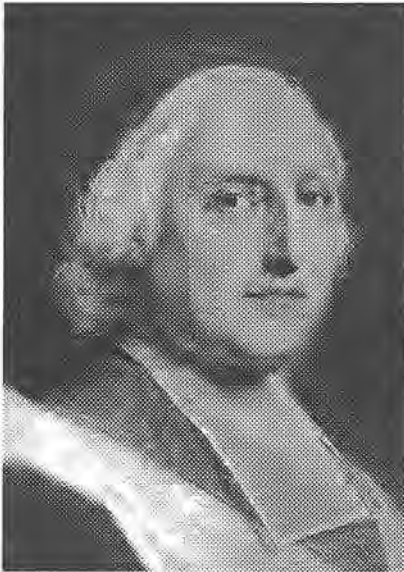
servado se restringe a un momento limitado. Finalmente los propios *pacientes* pueden reportar sus síntomas, situación válida únicamente en los estadios tempranos de la enfermedad. Resulta evidente que los elementos que se obtienen en cada una de las circunstancias son diferentes, generándose así múltiples campos de significación que enriquecen la clínica psiquiátrica, debiendo, sin embargo, ser adecuadamente sintetizados y evaluados por el investigador.

- b. **Contenido:** las escalas pueden evaluar únicamente elementos psicopatológicos o combinar éstos con las alteraciones cognitivas o comportamentales. También difieren según el tipo de comportamiento evaluado (ánimo, agitación, etc.).

- c. **Procedencia de las escalas:** algunas escalas provienen de la Psiquiatría sin modificaciones para las demencias (como la escala de Hamilton que evalúa síntomas depresivos o la *Brief Psychiatric Rating Scale*); en otros casos son escalas procedentes de la Psiquiatría pero modificadas o adaptadas para ser utilizadas en las demencias; también se han tomado escalas de la Neurología (como la *Nurse Rating Scale*, tomada por las enfermeras) y, por último, se han desarrollado escalas específicamente para los pacientes con demencia de tipo Alzheimer. Estas últimas son las tratadas en este trabajo.

- d. **Aplicación anticipada de la escala:** consiste en la finalidad para la cual fue diseñada cada escala; puede

2. Modificado de Molloy, W., et al., 1996.



ser la caracterización de los comportamientos, el seguimiento longitudinal, el diagnóstico diferencial, etc.

Mediante las escalas(29) podemos determinar si cierto síntoma está presente o ausente, la frecuencia con que aparece y su severidad ya sea leve, moderada o grave; en ocasiones nos permite elegir entre puntos extremos que permiten caracterizar un estado de ánimo (tristeza o alegría). Algunos autores han desarrollado sus escalas con el objeto de distinguir los distintos tipos de demencias partiendo del supuesto teórico de que diferentes demencias manifiestan diferentes alteraciones conductuales (por ejemplo, la *Hachinski Ischemia Scale* que incluye los síntomas depresivos con la personalidad conservada(31) como característicos de la demencia multiinfarto o la *BEHAVE-AD* que evalúa síntomas comportamentales característicos de la enfermedad de Alzheimer).

Análisis epistemológico

La mayoría de los autores sostiene que para construir las escalas es necesario dejar de lado los supuestos teóricos con respecto a la patología para tratar de manejarse en forma exclusiva con los comportamientos observados, y, a partir de allí, inferir las diferentes posibilidades. Sin embargo, sabemos que en toda actividad científica las asunciones teóricas siempre están presentes y, de una forma u otra, guían

la intuición y el conocimiento del investigador en sus búsquedas.

Las principales hipótesis que existen detrás de los síntomas comportamentales pueden ser divididas en tres grandes grupos:

- Los síntomas conductuales son reacciones de los pacientes frente al estrés que se asocia al padecimiento de la enfermedad.
- Los síntomas conductuales son reacciones de los pacientes frente al avance del deterioro cognitivo.
- Los síntomas conductuales son manifestaciones neurológicas de enfermedades cerebrales subyacentes.

Coincidimos en señalar que el cerebro enferma, pero en forma simultánea también lo hace la mente, por lo que consideramos más adecuado realizar una síntesis entre las diferentes teorías en el momento de tener que seleccionar un elemento de evaluación, ya que más que contraponerse son complementarias y ponen de manifiesto la combinación entre el deterioro neurológico como manifestación de disfunciones del sistema nervioso central, las anomalías neuronales, las deficiencias en los neurotransmisores regionales, por un lado, y las reacciones psicológicas que se desarrollan cuando se disuelve el *self* frente a la situación catastrófica representada por la enfermedad demencial, por el otro(18).

La divergencia que existe entre los investigadores con respecto a este tema queda de manifiesto en la configuración de las diferentes escalas, debido a que no está claro qué síntomas deben ser medidos; por ejemplo algunas escalas incluyen apatía, desinhibición, síntomas psicóticos, depresión, trastornos del sueño, mientras que otras no lo hacen. Tampoco existe un consenso acerca de cómo evaluar síntomas de aparición infrecuente o si debe jerarquizarse la frecuencia o la severidad de los síntomas. Las características del paciente hacen que él no pueda ser evaluado exclusivamente, pero es también controversial la utilización como informantes de personas que están afectivamente involu-

cradas con él, porque podrían proyectar sus sentimientos y problemas sobre el enfermo. Asimismo, los cuidadores profesionales son difíciles de entrenar, y a su vez sus servicios son muy onerosos, existiendo también cierta desvalorización con respecto al trabajo en instituciones geriátricas(4, 8, 38, 39, 40, 41).

La evaluación de las escalas como instrumento de recolección de información nos introduce en la revisión de dos problemas metodológicos clásicos: el de la confiabilidad y validez de las técnicas y el de la información obtenida mediante las mismas. La confiabilidad de un instrumento depende de que su repetida utilización, por la misma o por distintas personas, produzca los mismos resultados bajo las mismas circunstancias. En tanto la validez, que presupone la confiabilidad, alude a si los indicadores utilizados responden a las dimensiones que se pretende medir.

Uno de los puntos fundamentales que debe ser mencionado es que no está determinado cuál es el impacto de la cultura, de la etnicidad y del lenguaje en la expresión de los síntomas que componen los trastornos comportamentales de las demencias; las escalas deben ser validadas para poder ser usadas en los países en que no fueron desarrolladas, ya que no se pueden extrapolar resultados de un universo simbólico a otro. La aplicación de las escalas implica la movilización de sistemas de representaciones, nociones, ideas, creencias, valores, normas, criterios de adscripción y clasificación que deben ser analizados en función de un contexto global y ambiental.

La experiencia clínica nos enfrenta a diario con consultas motivadas por la presencia de trastornos conductuales que, sin duda alguna, son los que más dificultan la vida de estos individuos y los que más impacto provocan en los cuidadores. Rabins(14) en 1982 encontró el siguiente porcentaje con respecto a las quejas reportadas por los familiares a cargo de cuidar a sus miembros

dementes: violencia física (94%), reacciones catastróficas (89%), acusaciones (82%), sospechas y desconfianza (79%), deambulaci6n(70%) Estas situaciones generan cansancio, conflictos familiares y fatiga, factores que frecuentemente est6n en la raiz de las decisiones de institucionalizar a los pacientes dementes.

Una expectativa es que a trav6s de la correcta utilizaci6n de las escalas se pueda prever la evoluci6n de los sntomas no cognitivos de la enfermedad con el fin de ir preparando a las familias y a los lugares de residencia para disminuir el n6mero de institucionalizaciones por causas comportamentales; de esta forma se evitarian p6rdidas mayores en la calidad de vida de las personas involucradas en la situaci6n(7, 15, 44).

Tal vez podemos preguntarnos si estas consideraciones no apuntan en cierta medida a fundamentar la participaci6n de la Psiquiatrfa en el campo de las demencias, "retir6ndolas" un poco del espacio de la Neurologfa; haciendo hincapi6 en los sntomas comportamentales de alguna manera se recuperarfa la dimensi6n humana en la relaci6n m6dico-paciente.

Aplicaci6n

Los objetivos de la utilizaci6n de las escalas(3, 22, 30) pueden ser analizados seg6n la siguiente clasificaci6n:

- **Descripci6n:** un instrumento estandarizado facilita la caracterizaci6n de sntomas tan variables y cambiantes como los que componen las demencias; de esta forma se establecerfa un marco de rescate y valoraci6n de lo que podrfa llamarse la "semiologfa psiqui6trica cl6sica", ya que para poder cumplir con los objetivos de la mayorfa de las escalas hace falta realizar observaciones muy cuidadosas, prolongadas en el tiempo y entrevistas muy detalladas con los cuidadores.

- **Diagn6stico:** se ve favorecida la exactitud ya que las distintas escalas utilizadas adecuadamente ac-

t6an de manera complementaria evitando caer en reduccionismos a la hora de sistematizar los sntomas comportamentales; tambi6n tenemos que tener en cuenta la posibilidad del diagn6stico precoz a trav6s de la implementaci6n de los distintos m6todos de medici6n.

- **Cuidado del paciente:** es fundamental porque aumentan el nivel de certeza con respecto a la presencia o ausencia de los sntomas; estos pacientes se caracterizan por el grado de indefensi6n que presentan, lo que los hace muy vulnerables tanto a las variaciones del mundo externo como a las oscilaciones del estado de 6nimo de aquellos encargados de las diferentes tareas que tienen que ver con la vida diaria. Las escalas garantizan una cierta estabilidad en el momento de la evaluaci6n; si el trabajo est6 bien realizado, la escala "habla por el paciente" permiti6ndole conocer al clfnico cosas que de otra forma no podrfa saber.

- **Tratamiento:** la descripci6n y el diagn6stico facilitan las aproximaciones farmacol6gicas y psicoterap6uticas a los diversos sntomas; el tratamiento de estas manifestaciones est6 en discusi6n pero habrfa datos que avalan que la combinaci6n entre farmacoterapia y los m6todos psicodin6micos-cognitivos es m6s efectiva que cualquier m6todo aplicado en forma aislada³.

- **Cuestiones legales:** la adecuada utilizaci6n de las escalas permite justificar de manera cientfica la implementaci6n de los diferentes recursos terap6uticos; con la revalorizaci6n de la 6tica en todas las pr6cticas psiqui6tricas est6n siendo revisados los m6todos terap6uticos que se aplican en las demencias a la luz de las consideraciones legales y de calidad de vida.

- **Investigaci6n:** se ve facilitada notablemente porque se mejora la comunicaci6n entre los distintos profesionales que al utilizar los mismos instrumentos de medici6n tie-

3. Ver Lazarus, L., Cohler, B., Lesser, J., 1996.



nen mayor seguridad de estar hablando de lo mismo(23).

Descripci6n⁴

1. CMAI (Cohen-Mansfield agitation inventory)(8, 9, 10, 11)

Esta escala pone el foco de atenci6n en los comportamientos agitados, definiendo la agitaci6n como aquellas actividades verbales, vocales o motoras inapropiadas que no resultan de la confusi6n o de necesidades del individuo, a partir de la evaluaci6n realizada por un observador externo. Se encuentran disponibles varias versiones, entre ellas la forma m6s larga que consiste en un cuestionario completado por los cuidadores, que mide 29 conductas agitadas en una escala de 7 puntos de frecuencia con un rango que va desde "nunca" hasta "varias veces por hora". Se identifican las conductas ocurridas dentro de las 6ltimas dos semanas y se utiliza en poblaciones institucionalizadas. La variante m6s abreviada eval6a 14 categorfas comportamentales, cada una en un rango de frecuencia de 5 puntos, en lugar de 7. Tambi6n se dispone de una forma "comunitaria" aplicable tanto por profesionales como por cuidadores y que contiene 37 puntos de evaluaci6n.

4. Las escalas se encuentran a disposici6n de los lectores que asf lo requieran.



Esta escala se desarrolló originalmente para ser utilizada en geriátricos con fines de investigación e inicialmente la tomaban los investigadores entrevistando al personal de enfermería. Actualmente su uso se ha ampliado aplicándose clínicamente, por ejemplo para evaluar los efectos de la medicación sobre la agitación, y también se utiliza con los familiares a cargo, trabajadores sociales y directores de centros de hospital de día geriátricos. Puede ser autoadministrada por el cuidador o completada a través de una entrevista al mismo por parte del profesional.

Mediante el uso de esta escala se han podido identificar cuatro subtipos de agitación:

1. *Comportamientos físicos*

no agresivos:

- inquietud
- manierismos
- deambulación
- ocultar cosas
- vestirse inapropiadamente o desvestirse
- manipular cosas inadecuadamente

2. *Comportamientos físicos*

agresivos:

- golpear
- empujar
- arañar, rasguñar
- patear
- agarrar cosas o personas

3. *Comportamientos verbales*

no agresivos:

- negativismo

- demandas constantes de atención
- quejas
- interrupciones irrelevantes o relevantes
- frases repetitivas

4. *Comportamientos verbales* *agresivos:*

- gritar
- hacer ruidos extraños
- explosiones temperamentales
- maldecir

A partir de la identificación de estos grupos se ha podido establecer que los comportamientos agresivos, tanto físicos como verbales, se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes con alteraciones cognitivas que tienen relaciones sociales más limitadas. Además, las agresiones físicas se dan más en los hombres que en las mujeres. Por otra parte, las conductas verbales no agresivas se presentan más habitualmente en mujeres depresivas con deterioro del estado de salud y con dolor crónico; éstas tienen mínimo o moderado daño cognitivo y relaciones sociales debilitadas. Las conductas físicas no agresivas aumentan a medida que el deterioro cognitivo se intensifica.

Esta autora también ha creado el *Agitation behavior mapping instrument* (ABMI) para medir la agitación y las condiciones ambientales en los geriátricos, que requiere de personal especialmente entrenado para este propósito. Mediante el mismo pudieron detectar algunas situaciones ambientales que incrementan la agitación, como la contención física, la inactividad, la soledad y la disminución del número de enfermeras. Por el contrario, las actividades estructuradas, la música y las interacciones sociales se asocian con una disminución de las conductas agitadas.

El aporte de esta escala radica en que demuestra que la demencia por sí sola no explica completamente la agitación, y su uso permite detectar la existencia de factores médicos, psicológicos y ambientales asociados que inciden en su prevalencia. El inconveniente que presenta el CMAI es que las definiciones de los diversos comportamientos son

muy específicas, incluso existe un manual con las mismas, por lo cual de no ser tomada por un profesional entrenado, resulta complicada para ser autoadministrada por los cuidadores de nuestro medio.

2. *COBRA* (*Caretaker obstreperous behavior rating scale*)(34)

Esta escala fue diseñada específicamente para identificar, cuantificar y clasificar los trastornos del comportamiento en las demencias, ya que hasta el momento de su aparición se disponía de varias escalas geriátricas pero ninguna de ellas resultaba específica o apropiada para esta patología.

La COBRA clasifica cuatro categorías de comportamientos anormales:

1. *Agresivos:*

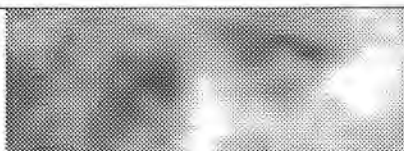
- ataque físico
- ataque verbal
- amenazas
- romper cosas
- gritos
- reacciones de ira
- automutilaciones o autoagresiones
- resistencia a recibir ayuda para bañarse, vestirse, etc

2. *Ideas, personalidad:*

- alucinaciones
- alucinaciones de T. V (le habla a la televisión, cree que las situaciones o personajes son reales)
- paranoia
- delirios
- confabulaciones
- cambios de la personalidad
- reclusión, aislamiento
- bradifrenia (responde lentamente a las preguntas y luego de un tiempo)
- colecciona, oculta objetos

3. *Motores, mecánicos:*

- conductas repetitivas como manipulaciones de objetos sin un propósito, amontonar cosas, etc.
- murmurar, hablar ininteligiblemente a sí mismo o sin nadie presente
- deambular sin propósito,



- lejos de donde debería estar
- deambulación continua e inquieta sin dirección
- seguir a otra persona
- bradiquinesia
- hiperquinesia

4. Vegetativos:

- incontinencia
- trastorno del sueño
- cambios en la sexualidad
- cambios de peso
- cambios en la dieta
- cambios en la tolerancia al dolor

La escala identifica 30 comportamientos y define a cada uno de ellos; utiliza un rango de frecuencia que va desde el cero (nunca sucedió en los últimos tres meses) hasta el cuatro (sucede diariamente o más), y un rango de severidad desde el cero hasta el cuatro según la ausencia o presencia creciente de peligro o daño en la conducta. Para cada uno existe un límite en el grado de severidad: algunos comportamientos no se cuantifican en un rango de cuatro puntos sino de dos o tres.

De los *scores* que se obtienen de la frecuencia y severidad de cada comportamiento en las cuatro categorías se efectúa un resumen que responde a las siguientes preguntas: ¿en qué categorías se observan los trastornos?; ¿cuántos comportamientos diferentes se presentan?; ¿qué severidad tienen los mismos?; y ¿con qué frecuencia se manifiestan?

La escala puede ser tomada por cuidadores profesionales o familiares. Se realizó un videotape de entrenamiento en el cual se muestran la mayoría de los comportamientos dramatizados por actores profesionales. Su confiabilidad, utilidad y validez ha sido demostrada tanto para pacientes institucionalizados como ambulatorios.

Mediante su aplicación se ha podido observar que aquellos pacientes con grados avanzados de demencia muestran mayor severidad y frecuencia de estos síntomas, con más frecuencia en las categorías de trastornos motores y vegetativos, mientras que los menos afectados presentan más desórdenes ideativos y cam-

bios en la personalidad, lo cual resulta coincidente con otros reportes.

La COBRA está siendo utilizada en estudios longitudinales para medir y documentar la evolución de la enfermedad; algunos datos preliminares indican que los pacientes que presentan desórdenes ideativos tempranamente sufren una declinación más rápida en el desenvolvimiento de su vida cotidiana y, que una vez que éstos se manifiestan, perduran a pesar del tratamiento medicamentoso.

Una de las ventajas que ofrece esta escala es que toma en cuenta para sus mediciones tanto los síntomas comportamentales como los psiquiátricos, además de los vegetativos, permitiendo así tener un panorama bastante completo de la clínica del paciente con demencia de tipo Alzheimer y también de su evolución.

3. DMAS (*dementia mood assessment scale*)(32, 33)

Esta escala fue desarrollada para evaluar los trastornos del ánimo y la severidad de la depresión en los pacientes dementes. A diferencia de la *Hamilton Depression Scale*, ésta no incluye los aspectos subjetivos

que para estos individuos resultan difíciles de completar (Cuadro 1).

La DMAS consiste en 24 ítems que evalúan la severidad de la depresión (puntos 1 al 17) y la severidad de la demencia (puntos 18 al 24). Cada uno se mide en un rango de 6 puntos de severidad y se toman los comportamientos ocurridos en la última semana.

Las mediciones son efectuadas por entrevistadores entrenados sobre la base de la información provista por el personal de enfermería o profesionales, en el caso de pacientes institucionalizados, y por los familiares a cargo, en aquellos ambulatorios.

Cuadro 1
Ítems de evaluación de la DMAS

Evaluación del ánimo	Evaluación cognitiva
Actividad motora voluntaria	Variaciones diarias del humor
Sueño	Variaciones diarias cognitivas
Apetito	Síntomas paranoides
Quejas psicósomáticas	Otros síntomas psicóticos
Energía	Capacidad de expresión
Irritabilidad	Capacidad de comprensión
Agitación física	<i>Insight</i> de las dificultades cognitivas
Ansiedad	
Apariencia depresiva	
Conciencia del estado emocional	
Respuesta emocional	
Sensación de placer	
Autoestima	
Sentimientos de culpa	
Desesperanza	
Ideación suicida	
Discurso	



los aspectos cognitivos, a diferencia de las definiciones clásicas.

4. Escalas BEHAVE-AD (behavioral pathology in alzheimer's disease) y E-BEHAVE-AD (empirical behavioral pathology in alzheimer's disease)(2, 25, 26, 27, 28)

Esta escala nace con el objeto de medir los síntomas no cognitivos para poder así separarlos adecuadamente de los cognitivos en los pacientes con enfermedad de Alzheimer; fue publicada en 1987 por Reisberg y colaboradores; presenta dos partes, la primera sintomatológica y la segunda denominada "rating global". Están identificados 25 comportamientos característicos divididos en 7 categorías mayores que son:

1. *Ideación delirante y paranoide:* en este subgrupo encontramos delirios como "me están robando mis pertenencias", "este lugar no es mi casa" o la idea delirante de haber sido abandonado (por ejemplo en una institución geriátrica). También está presente la idea de que "mi esposa es una impostora" (esta idea puede estar referida a un cuidador) y los delirios de infidelidad.

2. *Alucinaciones:* menciona aquí a las alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y otras.

3. *Trastornos en la actividad:* aquí encontramos conductas del tipo de la deambulación sin sentido, las actividades sin propósito y las actividades inapropiadas.

4. *Agresividad:* están puntuados comportamientos como la agresividad verbal, la agresividad física y la agitación.

5. *Trastornos en los ritmos diarios:* aquí la escala menciona los despertares repetitivos durante la noche y las alteraciones severas del ciclo vigilia-sueño.

6. *Trastornos afectivos:* se hace referencia a las crisis de llanto que pueden presentarse aisladas o acompañadas de gestos como restregarse las manos; también encontramos en este apartado al ánimo depresivo que puede estar asociado

a pensamientos o deseos de muerte y a conductas suicidas.

7. *Ansiedades y fobias:* Reisberg describió en 1986 el "síndrome de Godot", que son los temores y ansiedades con respecto a los acontecimientos del futuro. También están presentes los clásicos temores a la soledad y a la pérdida de la memoria y al manejo del dinero.

Para confeccionar el *ranking* global se deben tener en cuenta los síntomas mencionados anteriormente para poder determinar si son molestos para los cuidadores y peligrosos para el paciente. La magnitud de los síntomas se mide en un rango que va desde 0 (no presente) hasta 4 (presente, generalmente con un componente emocional y físico); la escala se confecciona con los reportes de los cuidadores acerca de las dos semanas anteriores pero se sabe que los mismos pueden exagerar los síntomas o disminuirlos según el cuidador y las circunstancias.

Teniendo en cuenta esta situación, Auer desarrolló en 1996 la escala E-BEHAVE-AD que es una modificación de la escala desarrollada por Reisberg, diferenciándose de la misma en que es el médico el encargado de valorar y puntuar los distintos síntomas; los únicos que no son evaluados son los trastornos en el ciclo vigilia-sueño. Estas escalas son muy útiles para determinar los problemas conductuales de los pacientes, así como también para evaluar la eficacia de las maniobras farmacológicas y no farmacológicas; también plantean una jerarquización de la clínica psiquiátrica basada en la observación detallada y en el dar sentido a algunas situaciones que no habían sido suficientemente analizadas; quizás se podría haber desarrollado más el ítem correspondiente a los trastornos afectivos ya que la escala no da cuenta de la complejidad que presenta el ánimo depresivo en estos enfermos.

De acuerdo a la utilización de esta escala (Cuadro 2) se pudo establecer que la frecuencia de síntomas comportamentales entre la Unión Europea, los Estados Unidos y el Ja-

La escala resulta confiable en pacientes internados con grados leves a moderados de demencia, para los que fue ideada, a pesar de lo cual actualmente se considera que también resulta segura para los ambulatorios con cuidadores como informantes. En los casos de enfermedad avanzada resulta casi imposible medir el estado depresivo, por lo cual los autores consideran que no es aplicable a esta población. También aclaran que no tiene la intención de ser utilizada como instrumento diagnóstico para la depresión.

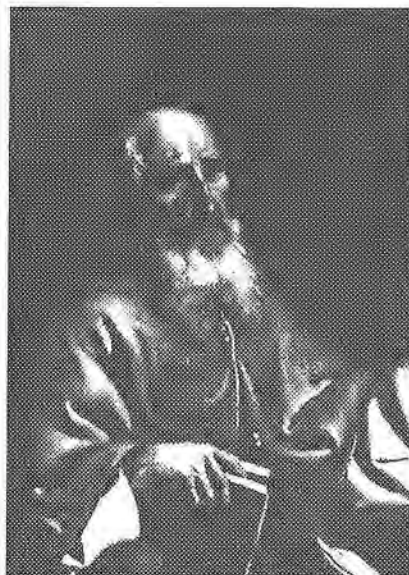
Mediante la comparación de los 17 primeros puntos de la DMAS con los scores obtenidos de la Escala de Deterioro Global los autores encontraron que el grado de depresión no se correlaciona con la severidad del cuadro demencial subyacente. Otro de los datos obtenidos fue el hallazgo de scores algo más altos en demencias del tipo no Alzheimer (como la enfermedad de Pick y Parkinson). Asimismo un 40% de 112 pacientes con enfermedad de Alzheimer presentaron un cuadro depresivo moderado a severo que fue considerado tratable con antidepresivos. Una de las ventajas de esta escala resulta en que está bien explicado cada uno de los ítems, lo que la hace aplicable sin grandes dificultades y, por otra parte, si bien evalúa los síntomas depresivos, también da cuenta de los aspectos cognitivos.

En esta escala los síntomas psicóticos están incluidos dentro de

Cuadro 2
Porcentaje de pacientes con síntomas comportamentales*

Síntomas en la escala BEHAVE-AD	Unión Europea (n=38)	EE.UU 1 (n=91)	EE.UU 2 (n=34)	Japón (n=92)
Ideación paranoide y delirante	57.9		38	29.3
Le roban cosas	13.2	22.0	21	
La residencia no es mi hogar	31.6	17.6	15	
Mi esposa es una impostora	10.5	14.3	—	
Delirio de ser abandonado	21.1	11.0	—	
Delirio de infidelidad	—	—	—	
Sospechas	10.5	29.7	18	17.4
Otros delirios	18.4	19.8	—	
Alucinaciones	21.1		18	
Alucinaciones visuales	18.4	14.3	15	
Alucinaciones auditivas	—	—	—	—
Alucinaciones olfatorias	—	—	—	—
Otras alucinaciones	—	—	—	—
Trastornos de la actividad motora	86.4		44	
Deambular sin sentido	57.9	28.6	12	21.7
Actividades sin propósito	57.9	47.3	42	
Actividades inapropiadas	57.9	33.0	19	
Agresividad	84.2		24	18.5
Explosiones verbales	60.5	29.7	24	—
Violencia física	47.4	16.5	—	—
Otras agitaciones	50.0	40.7	12	—
Trastornos de los ritmos diurnos	42.1		13	21.7
Trastornos afectivos	28.9		32	—
Labilidad afectiva	26.3	37.4	32	
Animo depresivo	13.2	26.4	—	
Ansiedades y fobias	36.8		50	—
Ansiedad acerca del porvenir	10.5	27.4	41	
Otras ansiedades	10.5	22.0	26	
Temor a la soledad	21.1	25.3	15	
Otras fobias	—	13.2	12	

* Cuadro extraído de Homma, A., 1996, pág.166.



pón mostró marcadas diferencias; por ejemplo la frecuencia de ideación delirante y paranoide en Japón es mucho más baja que en las otras dos regiones, mientras que menos del 10% de los japoneses tenían síntomas afectivos contra el 28.9% en Estados Unidos y el 32% en la Unión Europea que sí los presentaba. Estas disparidades hacen que sea muy difícil comparar los resultados por medio de estudios multinacionales, lo que puede ser explicado, entre otras cosas, por las diferencias culturales y las variaciones en la metodología con que se realizan las entrevistas. Un dato significativo a la hora de pensar estas cuestiones es que la definición de síntoma depresivo en Japón es distinta que en los Estados Unidos.

5. Escala CERAD (*behavioral pathology of the consortium to establish registry for alzheimer's disease*)(35, 36, 37)

Esta escala fue desarrollada en 1995 por el Comité de Patología de la Conducta del Consorcio para Establecer un Registro de la Enfermedad de Alzheimer; se compone de 48 ítems que intentan reflejar la amplia variedad de signos y síntomas que componen la enfermedad.

La escala debe ser administrada por un entrevistador adecuadamente entrenado aunque no es necesario que el mismo tenga una preparación psiquiátrica intensiva; la información debe ser suministrada



por el propio paciente hasta donde sea posible y completada por un informante que posea el adecuado grado de conocimiento en relación a las características del enfermo. El tiempo promedio que demora la toma de la escala es de 45 minutos.

Los diferentes ítems que la componen se puntúan de acuerdo a la frecuencia con la que aparecen, sin considerar la severidad con la que se presentan debido a que ese indicador presenta muchas más dificultades para ser evaluado.

Los síntomas que consigna la escala son los siguientes:

- Síntomas afectivos: abarcan 8 subítems de la escala y están muy bien descriptos, destacándose las ideas de suicidio, pesimismo y desesperanza.

- Síntomas de ansiedad: abarcan 2 subítems; están descriptos tanto los indicadores físicos como los psicológicos.

- Síntomas en relación a la sexualidad, al sueño y al apetito: abarcan 4 subítems y se destacan los indicadores que hacen referencia a los comportamientos sexuales, ya que éstos muchas veces son evitados de manera consciente o inconsciente por el entrevistador.

- Síntomas de agresividad: abarcan 5 subítems e incluye tanto la agresividad verbal como física, la agresividad contra otros o contra sí mismo.

- Síntomas en relación a las actividades sin sentido: abarcan 6 subítems destacándose el vagabundeo, las actividades sin propósito aparente, el abandono del lugar de residencia.

- Otros síntomas: aquí encontramos 23 subítems variados donde se ubican los fenómenos delirantes, los trastornos sensorio-perceptivos, la incapacidad para terminar las cosas que inicia.

Tariot y sus colaboradores plantean que desarrollaron esta escala con el objeto de poder relacionar cambios en el comportamiento de los pacientes dementes con características de la enfermedad como edad de comienzo, duración, sexo, severi-

dad, evolución de la declinación cognitiva y cambios neuroquímicos. Debido a la complejidad de evaluación que plantea esta escala se está desarrollando una versión modificada que pueda ser utilizada en la tarea clínica diaria; mientras tanto sólo se sugiere su aplicación en estudios de selección de psicofármacos.

6. Escala DBDS (*dementia behavior disturbance scale*)(17)

Esta escala fue desarrollada a fines de los 80, coincidiendo con el aumento del interés de los investigadores por los síntomas no cognitivos. Las compañías farmacéuticas de los Estados Unidos tenían escaso interés en producir drogas para tratar los síntomas conductuales debido a que en noviembre de 1990 la F. D. A. (Departamento de Drogas y Alimentación) planteó en la guía para la evaluación clínica de drogas contra la demencia que las drogas que actuaran sobre los síntomas no cognitivos eran pseudoespecíficas, entendiendo por pseudoespecíficas que no estaban dirigidas al núcleo central de la enfermedad.

En primer lugar, Gauthier, Baumgarten y Becker se plantearon una definición operacional de lo que se entiende por desorden conductual, definiéndolo como las manifestaciones externas de un déficit subyacente de características cognitivas, psicológicas o fisiológicas que, independientemente de su origen, provoca estrés a los encargados de cuidar al paciente.

La escala debe ser tomada por el profesional a través de una entrevista al cuidador y tiene como función cuantificar comportamientos específicos observables. Está compuesta por una lista de 28 comportamientos que se evalúan con un score que va de 0 (nunca) hasta 4 (todo el tiempo); entre los ítems de la escala figuran:

1. repetición sistemática de una misma pregunta
2. desinterés por las actividades de todos los días
3. deambulacion nocturna



- 4. actitudes sexuales inapropiadas
- 5. risas o llantos inmotivados.

La simpleza de esta escala permite su utilización en instituciones geriátricas debido a que el personal puede ser fácilmente entrenado en la observación de los comportamientos de los pacientes para luego poder responder al entrevistador.

7. Escala DBRI (dysfunctional behavior rating instrument)(20, 21)

Esta escala es un instrumento específico desarrollado para medir la frecuencia de comportamientos disfuncionales y su impacto sobre

los cuidadores. Los autores definen el comportamiento disfuncional ("dysfunctional behavior") como un conjunto de acciones o respuestas inadecuadas en una determinada situación social que constituye un problema para el cuidador; en esta definición el énfasis está puesto en aquellas actitudes que perturban a los cuidadores, o sea que son ellos los que definen la categoría de síntoma de un comportamiento dado. Algunos comportamientos, como la apatía o la reiteración de una misma historia, aunque se presenten frecuentemente pueden provocar poco estrés en los cuidadores, mientras que otros,

como agresividad o actitudes en relación al sexo, aunque ocurran

Cuadro 3

Escalas de evaluación de síntomas no cognitivos en las demencias de tipo Alzheimer

	CMAI	COBRA	BEHAVE-AD	DMAS	CERAD	DBDS	DBRI
Período que abarca	últimas dos semanas	últimos tres meses	últimas dos semanas	últimos siete días	presente	presente	últimas semanas
N° ítems	29	30	25	24	48	28	25
Severidad	no	sí	sí	sí	no	no	según el problema para el cuidador
Frecuencia	sí	sí	no	no	sí	sí	sí
Administrador	informante	informante	clínico	informante	paciente informante	clínico	informante
Síntomas psiquiátricos	no	sí	sí	sí	sí	no	sí
Hallazgos depresivos	no	sí	sí	sí	sí	no	sí
Población	instituc.	ambulat. e institucional	ambulat. e institucional	ambulat. e institucional	institucional	ambulat. e institucional	ambulat.
Alt. comportamiento	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
Agresividad	sí	sí	sí	no	sí	sí	sí
Alt. vegetativas	no	sí	sí	sí (como parte de la depresión)	sí	sí	no
Alt. motoras y de la actividad	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí

infrecuentemente pueden ser muy angustiantes.

Este instrumento fue creado para ser usado en pacientes con deterioro cognitivo que habitan en la comunidad porque, a diferencia de la mayoría de las escalas que se utilizan en pacientes institucionalizados, no tiene en cuenta las actividades más cotidianas.

La escala está compuesta por 25 preguntas, por cada una el entrevistador debe estimar la frecuencia del comportamiento en un rango que va desde 0 (nunca) hasta 5 (más de cinco veces al día) y el nivel de estrés del comportamiento en una escala que va de 0 (ningún problema) hasta 5 (gran problema); algunos de los ejemplos de preguntas son:

1. rehúsa a cooperar
2. pregunta una y otra vez lo mismo
3. se levanta de noche
4. es agresivo

Existen algunos problemas a la hora de examinar la validez de esta escala ya que los comportamientos disfuncionantes son informados por el cuidador y reflejan su percepción que, inevitablemente está teñida de expectativas, de factores sociales y culturales y de la relación que tenga con el paciente; o sea que el médico se debe formar una opinión sobre la base de la experiencia del cuidador cuando utiliza esta escala.

Requiere menos de 20 minutos para ser completada; puede ser analizada cualitativamente tomando en cuenta las características de cada respuesta o cuantitativamente tomando en cuenta la frecuencia de determinados comportamientos (Cuadro 3).

Conclusiones

El amplio desarrollo de las escalas comportamentales en los últimos años llama a la reflexión en cuanto a las conceptualizaciones sobre la demencia. Evidentemente nos enfrentamos al aumento constante y progresivo de pacientes con esta afección y ésta tal vez sea la pri-

mera razón en el interés por investigar a fondo esta patología(33). Pero también la introducción de las variantes comportamentales nos enfrenta con aspectos diferentes de la enfermedad; el primer interrogante que nos surge podría ser: ¿acaso sean estos los aspectos tratables y reversibles de la demencia?

Durante muchos años nos hemos informado sobre las diferentes definiciones y manifestaciones de la demencia, desde sus expresiones anatomopatológicas hasta los trastornos en las funciones intelectuales; el diagnóstico de demencia siempre ha sido una sentencia del deterioro irreversible y progresivo, con escasos recursos terapéuticos tendientes sobre todo a acompañar este proceso. Frente al reconocimiento de la gran incidencia y prevalencia de los síntomas no cognitivos de las demencias se abre un camino importantísimo no sólo en el terreno de la investigación científica sino también en las posibilidades terapéuticas. Actualmente disponemos de psicofármacos eficaces para revertir los cuadros depresivos, los síntomas psicóticos y los comportamientos agitados, a pesar de lo cual existen pocos estudios realizados sobre cuáles son los agentes farmacológicos más adecuados, en qué dosis y forma de administración, como así también cuáles son sus efectos adversos en los pacientes dementes(5, 24). La posibilidad de conocer todos estos aspectos implicará una mejoría de la calidad de vida para estos enfermos.

La utilización de las escalas nos permite caracterizar una variedad de síntomas y formular una serie de preguntas que deben servirnos tanto para la investigación como para la práctica clínica(36):

- La medicación antidepresiva ¿actúa sobre los síntomas depresivos asociados a la demencia?
- ¿Afecta la medicación antidepresiva a los síntomas comportamentales?
- ¿Cuáles son los antidepresivos más eficaces y que producen menor cantidad de efectos adversos?

- ¿Cuál es el lugar de los neurolépticos?

- ¿Sobre qué síntomas comportamentales actúan los neurolépticos?

- ¿Cuál es el lugar de los anticonvulsivantes?

- ¿Existe algún lugar para la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de los síntomas comportamentales de las demencias?

- ¿Cuál es el rol de la psicoterapia?

- ¿Cuáles son los efectos de la modificación del medio ambiente?

- ¿Cuál debe ser el lugar de la información aportada por los cuidadores en la caracterización de los síntomas?

- ¿Cuáles son las medidas más adecuadas una vez realizada la detección precoz de la enfermedad?

Estos interrogantes y muchos otros que surgen a medida que nos interiorizamos en estos temas ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en estas cuestiones; las escalas constituyen un instrumento valioso en ese sentido, pero debemos dejar aclarado que las mismas han sido desarrolladas en otro medio por lo que aún no conocemos si resultan válidas en el nuestro.

Pensemos en una patología paradigmática como la Esquizofrenia o "demencia precoz", como se la llamaba anteriormente; a lo largo del tiempo y con los desarrollos científicos se ha podido modificar la evolución natural de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces, a pesar de conocerse también y cada vez con mayor especificidad las alteraciones en el cerebro de los esquizofrénicos.

Quizás resulte una reflexión aventurada, pero podríamos preguntarnos si acaso este camino que se abre no apunta a tornar la demencia irreversible en lo más reversible posible.

El primer paso fue describir la demencia; luego se discriminaron las demencias irreversibles de las reversibles; tal vez este sea el momento de comenzar a intentar revertir lo que hasta los últimos tiempos se ha considerado un camino sin salida ■

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life" en *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, May Suppl., N 5, 1997.
2. Auer, S., Monteiro, I., Reisberg, B. "The Empirical Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (E-BEHAVE-AD) Rating Scale", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, N 2, 247-266, 1996.
3. Beck, C., "Interventions, Outcomes and Efficacy in Alzheimer's Disease Behavioral Research", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 63-66, 1996.
4. Brodaty, H., Peters, K., "Cost Effectiveness of a Training Program for Dementia Carers" en *International Psychogeriatrics*, N 3, 11-22, 1991.
5. Burns, A., "Psychiatric Symptoms and Behavioral Disturbances in Dementia: A Review of Therapy", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 2, 201-207, 1996.
6. Caine, E., "Diagnostic Classification of Neuropsychiatric Signs and Symptoms in Patients With Dementia", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 273-280, 1996.
7. Coccaro, E., Kramer, E., Zemishlany, Z., Thorne, A., et al., "Pharmacologic Treatment of Noncognitive Behavioral Disturbances in Elderly Demented Patients", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147, 1640-1645, 1990.
8. Cohen, Mansfield, J., "New Ways to Approach Manifestations of Alzheimer's Disease and to Reduce Caregiver Burden", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 91-94, 1996.
9. Cohen, Mansfield, J., "Conceptualization of Agitation: Results Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 309-315, 1996.
10. Cohen, Mansfield, J., Werner, P., Watson, V., Pasis, S., "Agitation in Participants of Adult Day Care Centers: the Experience of relatives and Staff", en *International Psychogeriatrics*, N 8, 447-458, 1995.
11. Cohen, Mansfield, J., "Assessment of Agitation", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, N 2, 233-246, 1996.
12. Cummings, J., "Barriers to Behavioral Research on Dementia", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 21-23, 1996.
13. Cummings, J., "Theories Behind Existing Scales for Rating Behavior Dementia", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 293-300, 1996.
14. Cummings, J., "Neuropsychiatric Assessment and Intervention in Alzheimer's Disease", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 25-30, 1996.
15. Fairbuen, C., Hope, R., "Changes in Behavior in Dementia: A Neglected Research Area", en *British Journal of Psychiatry*, N 152, 406-407, 1988.
16. Finkel, S., Cooler, C., "Clinical Experience and Methodological Challenges in Conducting Clinical Trials on the Behavioral Disturbances of Dementia", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 2, 151-164, 1996.
17. Gauthier, S., Baumgarten, M., Becker, R., "Dementia Behavior Disturbance Scale", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 325-331, 1996.
18. Lazarus, L., Cohler, B., Lesser, J., "Self-Psychology: Its Application to Understanding Patients with Alzheimer's Disease", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 253-258, 1996.
19. Mittleman, M., Ferris, S., Steinberg, G., et al., "An Intervention that Delays Institutionalization of Alzheimer's Disease Patients: Treatment of the Spouse-Caregivers" en *Gerontologist*, N 33, 730-740, 1993.
20. Molloy, D. W., Mcilroy, W. E., Guyatt, G. H., Lever, J., "Validity and reliability of the Dysfunction Behaviour Rating Scale", en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 103-106.
21. Molloy, D. W., Bedard, M., Guyatt, G. H., Lever, J., "Dysfunctional Behavior Rating Instrument", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 333-341, 1996.
22. Radebaugh, T., Buckholtz, N., Khachaturian, Z., "Behavioral Approaches to the Treatment of Alzheimer's Disease: Research Strategies", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 7-12, 1996.
23. Raskind, M., "A Research Agenda for Disruptive Behaviors in Alzheimer's Disease: A Combined Biomedical and Behavioral Approach", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 53-58, 1996.
24. Reifler, B., "Behavioral Approaches to Treatment of Alzheimer's Disease", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 99-102, 1996.
25. Reisberg, B., "Behavioral Intervention in Approaches to the Treatment and Management of Alzheimer's Disease: A Research Agenda", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 39-44, 1996.
26. Reisberg, B., Auer, S., Monteiro, I., Boksay, I., Sclan, S., "Behavioral Disturbances of Dementia: An overview of Phenomenology and Methodologic Concerns", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 2, 169-182, 1996.
27. Reisberg, B., Auer, S., Monteiro, I., "Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) Rating Scale", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 301-308, 1996.
28. Reisberg, B., Auer, S., Monteiro, I., "Empirical Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (E-BEHAVE-AD) Rating Scale", en *International Psychogeriatrics*, N 8, 247-266, 1996.
29. Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E. et al., "Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment", en *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (Suppl.), 9-15, 1987.
30. Rosen, W. G., Mohs, R. C., Davis, K. L., "A new rating scale for Alzheimer's disease", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 151, 1356-1364, 1994.
31. Steele, C., Rovner, B., Chase, G., Folstein, M., "Psychiatric Symptoms and Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer's Disease", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147, 1049-1051, 1990.
32. Sultzer, P., Levin, H., Mahler, M., High, W., Cummings, J., "A Comparison of Psychiatric Symptoms in Vascular Dementia and Alzheimer's Disease", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, 1806-1812, 1993.
33. Sunderland, T., Alterman, Y., Yount, D., Hill, J., Tariot, P., "A New Scale for the Assessment of Depressed Mood in Dementia Subjects", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 145, 955-959, 1988.
34. Sunderland, T., Minichierlo, M., "Dementia Mood Assessment Scale", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 329-331, 1996.
35. Swearer, J., Drachman, D., "Caregiver Obstreperous Behavior Rating Scale", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 321-331, 1996.
36. Tariot, P., "CERAD Behavior Rating Scale for Dementia", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 317-320, 1996.
37. Tariot, P., "Behavioral Manifestation of Dementia: a Research Agenda", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 31-38, 1996.
38. Tariot, P., Mack, J. L., Patterson, M. B., Edland, S. D., Weiner, M. E., et al., "The CERAD Behavior Rating Scale for Dementia (BRSD)", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 152, 1349-1357, 1995.
39. Tariot, P., Podgorski, L., Blazina, L., Leibovici, A., "Mental Disorders in the Nursing Home: Another Perspective" en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, 1063-1069, 1993.
40. Teri, L., "Selecting Outcome Measures for Clinical Trials of Behavioral Disturbances of Dementia", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 347-349, 1996.
41. Wells, T., "Barriers to Behavioral Studies in Alzheimer's Disease", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 1, 115-116, 1996.
42. Zarit, S., "Behavioral Disturbances of Dementia and Caregiver Issues", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 263-268, 1996.
43. Zaudig, M., "Assessing Behavioral Symptoms of Dementia of the Alzheimer Type: Categorical and Quantitative Approaches", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 2, 183-200, 1996.
44. Zaudig, M., "Behavioral Disturbances of Dementia in D. S. M. IV and ICD-10: Fact or Fiction?", en *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, Suppl. 3, 273-279, 1996.
45. Zuberko, G., Rosen, J., Sweet, R., Mulsant, B., Rifal, A., "Impact of Psychiatric Hospitalization on Behavioral Complications of Alzheimer's Disease", en *American Journal of Psychiatry*, Vol. 149, 1484-1491, 1992.

Tratamiento farmacológico de los trastornos de la enfermedad de Alzheimer

Mara Barreto

Médico Residente Hosp. "J. T. Borda". Grupo Psiconeurofarmacología de la Tercera Cátedra de Farmacología, Fac. de Medicina, UBA.

Federico Lerner

Médico. Grupo Psiconeurofarmacología de la Tercera Cátedra de Farmacología, Fac. de Medicina, UBA.

Ignacio Brusco

Médico Neurólogo. Servicio de Psiquiatría. Centro Neurológico. Hospital Francés de Bs. As. La Rioja 951, Capital Federal, Argentina. Tel.: 957-0444

efecto terapéutico y que es una muy buena droga antipsicótica.

También pueden usarse drogas de alta potencia como el haloperidol, sabiendo sin embargo que se asocian más frecuentemente a la aparición de síntomas extrapiramidales y acatisia(5). Una opción a tener en cuenta en pacientes sensibles a los efectos extrapiramidales, y aconsejable en aquellos con demencia por Parkinson, sería la clozapina(1). No hay estudios bien controlados que refieran su uso en estas enfermedades. Pero todos estos efectos adversos pueden ser minimizados si se usan dosis efectivas mínimas. Se recomienda iniciar con dosis bajas: 10-25 mg/día de tioridazina, 0.5 mg/día de haloperidol o 12.5 mg/día de clozapina, siendo las máximas dosis a usar: 50-100 mg/día de tioridazina, 2-5 mg/día de haloperidol y 75-100 mg/día de clozapina.

Benzodiazepinas

Estudios realizados muestran que las benzodiazepinas, si bien mejores que el placebo, no son tan efectivas como los antipsicóticos para disminuir los síntomas relacionados con alteraciones de la conducta(7). Los efectos adversos más comúnmente reportados son sedación, ataxia, amnesia, confusión y ansiedad paradójica. Estos efectos incrementan los trastornos cognitivos y el riesgo de traumatismos por caídas. Sin embargo, las benzodiazepinas pueden resultar útiles como sedativos, especialmente en aquellos pacientes en donde la ansiedad es acentuada. Las más recomendadas son oxacepam y lorazepam porque no requieren metabolización oxidativa en el hígado y no generan metabolitos activos. La dosis del lorazepam oscila entre 0.5 y 1 mg cada 6 horas; y la del oxacepam entre 7.5 y 15 mg, también cada 6 horas. Las dosis se incrementarán con precaución y si se usan por períodos prolongados, serán retiradas gradualmente para evitar el riesgo de abstinencia. Tam-

La enfermedad de Alzheimer presenta dos tipos diferentes de alteraciones: las cognitivas y las no cognitivas. Ambas situaciones complejizan el tratamiento de los pacientes influyéndose decididamente entre ellas, dado que a las alteraciones cognitivas, características de esta enfermedad, como la amnesia, la apraxia, la agnosia y la afasia se le agregan cuadros de excitación, ideación delirante, agitación vespertina, insomnio, alucinaciones y/o depresión que no sólo agravan el cuadro en sí, sino que condicionan a las funciones superiores agravándolas y ensombrecen el pronóstico y la evolución de esta enfermedad. Es evidente entonces, que un correcto tratamiento de las modificaciones conductuales del enfermo de Alzheimer induce no sólo con una mejoría del rendimiento conductual sino también con un aumento de las posibilidades intelectuales del paciente. Estos cuadros además condicionan socialmente al enfermo y son quizá la causa más frecuente de una inter-

nación temprana, lo que indudablemente modifica la situación futura y encarece claramente los costos generados por esta enfermedad. Es entonces importante el tratamiento farmacológico de los síntomas psiquiátricos de esta compleja patología en franco aumento en la población general.

De psicosis y agitación

Antipsicóticos

Una de las drogas con mejor respuesta es la tioridazina, pero cabe recordar que es una droga sedativa por su efecto histaminérgico. Tiene además, efecto anticolinérgico, por lo que puede incrementar los trastornos cognitivos y generar confusión, lo que, sumado a su efecto hipotensor, incrementa el riesgo de traumatismos por caídas. Teniendo esto en cuenta, cabe destacar que casi no produce efectos extrapiramidales, que mejora la calidad del sueño, que lo sedativo también es



bién puede usarse clonazepam, especialmente en demencias con mioclonías.

Anticonvulsivantes

No son drogas de primera elección para el tratamiento de la agitación en pacientes con demencia, sin embargo, pueden ser apropiadas para aquellos pacientes con excitación psicomotriz y sin delirio, para aquellos con síntomas psicóticos pero que no están respondiendo a las drogas antipsicóticas y, obviamente, para aquellos que presentan episodios convulsivos.

Las drogas más estudiadas son carbamazepina y ácido valproico(2, 3). Los efectos adversos que pueden aparecer con el uso de la primera incluyen: ataxia, sedación y confusión, efectos muy importantes a tener en cuenta dado que se trata de pacientes ancianos y demenciados en su mayoría. También pueden producir hiponatremia y supresión de la actividad de la médula ósea. Con ácido valproico, los efectos adversos incluyen disfunciones gastrointestinales y ataxia, y en menor porcentaje, supresión hematopoyética y hepatotoxicidad.

Debe iniciarse con dosis de carbamazepina de 100 mg/día en dos a cuatro tomas por día, e ir incrementando gradualmente. Para el ácido valproico se iniciará con 125 a 250 mg/día en dos a tres tomas por día y su incremento también será gradual. Se recomienda monitorear niveles sanguíneos de electrolitos en sangre en el primer caso, y en el segundo, controlar la función hepática.

De depresión

Aún los pacientes con síntomas depresivos que no cumplen los criterios diagnósticos para depresión mayor, deberían ser considerados cuidadosamente. En especial aquellos con ideación suicida, dado que necesitarán no solamente hospitalización, sino también tratamiento

polifarmacológico y/o dosis más altas de los antidepresivos. Tener en cuenta también que un síntoma frecuente en la enfermedad de Alzheimer y muchas otras enfermedades demenciales (especialmente las que afectan el lóbulo frontal) es la apatía, aún en ausencia de depresión; y aquí es válido plantearse su utilización.

No obstante, antes de instituir cualquier tratamiento farmacológico, se debe evaluar la situación clínica general (alteraciones electrolíticas, tiroideas) y las medicaciones que ya se están consumiendo (β bloqueantes, benzodiazepinas, corticoides, etc.), para detectar posibles causas que estén generando o contribuyendo al cuadro depresivo.

Los antidepresivos no mejoran los trastornos cognitivos *per se*, pero sí en segunda instancia, al corregir la depresión. Estudios hechos con imipramina sugieren que el uso de la misma podría empeorar la cognición, sin embargo se acepta que este punto puede explicarse por el efecto anticolinérgico de dicha droga(4). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los antidepresivos que menos efectos adversos producen. Se han descrito con su uso trastornos gastrointestinales, agitación, acatisia, disfunciones sexuales, pérdida de peso y efectos extrapiramidales. Por su parte, los antidepresivos tricíclicos tienen importantes efectos cardiovasculares que se agregan a los efectos anticolinérgicos mencionados anteriormente. Los inhibidores de la monoamino oxidasa, generan hipotensión ortostática, tienen complejas interacciones medicamentosas y requieren restricciones dietéticas (alimentos que contienen tiramina). El hecho es que no hay datos suficientes para basar la selección de un antidepresivo sobre otro. Ésta estará dada por el perfil de efectos adversos, la medicación ya instituida y el cuadro psiquiátrico de cada paciente en particular. Con referencia a las dosis, se administran al inicio, una

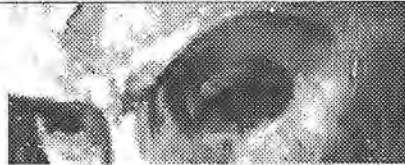


vez al día, siendo la dosis de comienzo de fluoxetina de 5 a 10 mg/día y se pueden incrementar gradualmente hasta un máximo de 40 a 60 mg/día. Con paroxetina se usa la misma dosis, pero el incremento se hace menos gradualmente (cada 1-2 semanas), porque su vida media es más corta. La dosis inicial de sertralina es de 25 mg/día, se incrementa cada 1-2 semanas y la dosis máxima es de 150 a 200 mg/día. Aún no hay demasiadas experiencias con el uso del citalopram.

Con respecto a los tricíclicos, se recomienda evitar la amitriptilina y la imipramina por sus importantes efectos anticolinérgicos. Las drogas más recomendadas son la nortriptilina y la desipramina. La dosis inicial de la primera es de 10 a 25 mg/día, se incrementa semanalmente y se llega a un máximo de 100-150 mg/día. Para la desipramina, comenzar con 10-50 mg/día, hacer también incrementos semanales y no superar un máximo de 300-400 mg/día.

De trastornos del sueño

Podría decirse que estos pacientes transcurren "el día dormidos y la noche despiertos". Sin embargo, dadas sus características (ya comentadas anteriormente), conviene intentar la mejoría de estos trastornos, con recomendaciones higiénicas para inducir el sueño (hacer ejercicio, tomar sol, actividades re-



vos o si el paciente tiene síntomas depresivos se recurrirá a la nortriptilina.

Las opiniones están más encontradas, en cambio, a la hora de medicar los trastornos del sueño en pacientes demenciales que no padecen síntomas psiquiátricos asociados. En estos pacientes, el trastorno del sueño es un trastorno cronobiológico. Por tal motivo, un tratamiento farmacológico que aparece como recomendable dentro de las nuevas experiencias es la hormona melatonina. Con menos efectos adversos, dicha hormona mejora la cantidad y la calidad del sueño, la función cognitiva en el despertar, la actividad diurna y las crisis de excitación vespertina. Las dosis que se están utilizando con dicha hormona oscilan en el rango de 3 a 6 mg/día(6).

En consecuencia, es posible un manejo correctivo aceptable en los síntomas conductuales de la enfermedad de Alzheimer, mejorando no sólo el comportamiento sino también, secundariamente, el nivel cognitivo ■

creativas, terapia ocupacional, rehabilitación neurocognitiva, etc.). Recién cuando éstas fracasen, se pensará en el más apropiado tratamiento farmacológico. No debe olvidarse la posible coexistencia de apnea del sueño, relativamente común en pacientes ancianos, que contraindica el uso de benzodiazepinas.

La elección de la droga está generalmente guiada por la presencia de otros síntomas. Por ejemplo, si el paciente tiene síntomas psicóticos se usarán antipsicóticos sedati-

Bibliografía

1. Friedman J. H., Lannon M. C., Clozapine in the treatment of psychosis in Parkinson's disease. *Neurology*, 1989.
2. Gleason R. P., Schneider L. S., Carbamazepine treatment of agitation in Alzheimer's outpatients refractory to neuroleptics. *J. Clin. Psychiatry*, 1990.
3. Lott A. D., McElroy S. L., Keys M. A., Valproate in the treatment of behavioral agitation in elderly patients with dementia. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 1995.
4. Reifler B. V., Teri L., Raskind M., Veith R., Barnes R., White E., McLean P., Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. *Am. J. Psychiatry*, 1989.
5. Schneider L. S., Pollack V. E., Lyness S. A., A meta analysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1990.
6. Singer C., McArthur A., Hughes R., Sach R., Kaye J., Lewy A., High dose melatonin administration and sleep in the elderly. *Sleep Res* 1995.
7. Stotsky B., Multicenter study comparing thioridazine with diazepam and placebo in elderly nonpsychotic patients with emotional and behavioral disorders. *Clin. Ther.*, 1984.

Declaración de consenso respecto de la psiquiatría del anciano*

Este texto es fruto de un encuentro de consenso organizado en Lausana (Suiza) desde el 5 al 7 de Febrero de 1996, por la *Sección de Psiquiatría Geriátrica de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la O.M.S.* El presidente de estas jornadas fue el Prof. Heinz Hafner de Mannheim, Alemania y estuvieron representadas las siguientes asociaciones

Organización Mundial de la Salud: Dr. J. A. Costa e Silva, Director, Dr. J. M. Bertolote, Ginebra/Suiza.

Sección de Psiquiatría Geriátrica de la Asociación Mundial de Psiquiatría: Prof. Jean Wertheimer, Presidente, Lausana/Suiza; Prof. Edmond Chiu, Melbourne/Australia; Prof. Cornelius Katona, Essex/Inglaterra (orador); Prof. Jean-Marie Léger, Limoges/Francia.

Alzheimer's Disease International: Dr. Nori Graham, Presidente Electo, Londres/Inglaterra (orador).

International Union of Psychological Science: Prof. Gery d'Ydewalle, secretario general, Lovaina/Bélgica.

International Psychogeriatric Association: Prof. Raymond Levy, Presidente, Londres/Inglaterra.

International Federation on Ageing: Mrs. Irène Hoskins, Ginebra/Suiza.

International Association of Gerontology: Prof. Ewald W. Busse, MD, Sc. D., Durham, Carolina del Norte/EUA.

World Federation of Occupational Therapists: Reverendo Clephane Hume, delegado inglés para la WFOT, Edinburgo/Escocia.

International Federation of Social Workers: Mrs. Anne O'Loughlin, Presidente de la Asociación Irlandesa, Dublin/Irlanda.

International Council of Nurses: Mr. Tesfamichael Ghebrehiwet, Ginebra/Suiza; Mrs. A.-E. Dufey, Lausana/Suiza.

La población de ancianos, y particularmente la de los más ancianos, crece rápidamente tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Este fenómeno es el reflejo de las mejoras en las condiciones tanto sociales como sanitarias, por lo cual debemos alegrarnos. La mayor parte de los ancianos gozan de buena salud mental y física y siguen jugando un rol activo con sus familias y la sociedad.

A pesar de esto, algunas enfermedades psiquiátricas, como las demencias, son particularmente frecuentes en la edad avanzada; otras difieren, con respecto al adulto joven, en sus características clínicas y/o por los problemas particulares que surgen al hacerse cargo de las mismas. Las dificultades sociales, la polimorbilidad física y los déficit sensoriales son también frecuentes. El establecimiento de diagnósticos y de terapias correctas exigen tanto el conocimiento y la competencia del especialista como una colaboración multidisciplinaria.

Este resumen del campo de la psiquiatría del anciano tiene como objetivo el de llamar la atención sobre los problemas de salud mental de la población que envejece, de incitar la creación de servicios o, en caso de que ya existan, buscar su optimización y por fin, alentar la enseñanza y la investigación en este dominio.

Definición y evaluación

La psiquiatría de los ancianos es una rama de la psiquiatría. Es parte integrante de la organización multidisciplinaria de los cuidados en salud mental destinados a los ancianos. Esta especialidad es a veces denominada psiquiatría geriátrica, psiquiatría para el anciano o psicogeriatría.

Esta especialidad se ocupa del conjunto de las enfermedades psiquiátricas y de sus consecuencias, particularmente de los disturbios del humor, de la ansiedad, de las demencias, de las psicosis de la edad avanzada y de las toxicomanías. Además,

* El texto en inglés fue publicado por la Organización Mundial de la Salud de Ginebra con la referencia WHO/MNH/MND/96.7.

trata a los pacientes ancianos que sufren, desde hace tiempo ya, de enfermedades psiquiátricas crónicas. En la mayoría de los casos, la morbilidad psiquiátrica en la edad avanzada coexiste con la enfermedad física y es susceptible a complicarse a veces con problemas sociales. Los ancianos pueden además presentar más de un diagnóstico psiquiátrico.

El tratamiento

El objetivo terapéutico puede ser la restauración de la salud. Puede también apuntar, con la misma validez, al mejoramiento de la calidad de vida, la preservación de la autonomía, la satisfacción de las necesidades de las personas de apoyo. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales del paciente y a los recursos disponibles. Su organización exige normalmente una cooperación entre los profesionales de las distintas disciplinas implicadas como así también la implicación de los ayudantes naturales. La detección y la intervención precoces pueden mejorar el pronóstico, y el pesimismo terapéutico de los profesionales y de los pacientes debe contraponerse a una información y una formación adecuadas.

Organización de los servicios

La mayoría de los ancianos que sufren de disturbios mentales son cuidados por sus familiares y/o por sus amigos. Estos últimos reciben el apoyo del equipo de primera línea que asegura la continuidad de los cuidados. Este equipo (al igual que los otros suministradores de servicios comprendidos en la situación) necesita poder contar con la ayuda de un servicio de psiquiatría para los ancianos cuando opiniones complementarias y consejos le son necesarios y/o para obtener directamente cuidados especializados.

El servicio multidisciplinario especializado en psiquiatría del anciano puede comprender una variedad de profesionales tal como médicos, enfermeros, psicólogos,

ergoterapeutas, psicoterapeutas, asistentes sociales y personal de secretaría que deberían encontrarse regularmente para coordinar los cuidados, discutir sobre las situaciones nuevas y en curso. El equipo debe tener un jefe identificado.

Para que el servicio especializado pueda trabajar de manera eficaz, una variedad de recursos debe estar disponible y accesible. Esta variedad estará compuesta por unidades de cuidados agudos, de rehabilitación, de cuidados diurnos, como así también de posibilidades de amparo temporario y una variedad de lugares de alojamiento para aquellas personas que ya no son capaces de vivir en su propio domicilio. La posibilidad de consejos recíprocos entre el psiquiatra del anciano, el médico clínico y (cuando se encuentra disponible) el geriatra es importante. Asimismo, los lazos con los servicios comunitarios son importantes (por ejemplo: centros de día, grupos de apoyo para el entorno y para los pacientes mismos).

Formación

La especialidad de la psiquiatría de los ancianos requiere conocimientos de base en psiquiatría general y en medicina general al igual que una formación en los aspectos específicos de las condiciones psiquiátricas y médicas en las cuales se manifiestan las patologías de esta categoría de edad. La psiquiatría del anciano debería ser objeto de estudio en el conjunto de lugares donde es practicada.

Los programas de formación para todos los trabajadores de la salud y de sectores sociales deberían incluir un componente sobre la salud mental de los ancianos. La formación en este ámbito debería ser ofrecida tanto en los niveles pre y post-graduados como a aquél de formación continuada. Una formación y una información respecto de la salud mental de los ancianos deberían ser ofrecidas al público en general al igual que a los grupos de ayudantes naturales. El desarrollo

de manuales de formación adaptados a las referencias culturales debería hacerse para todos los grupos de profesionales y para todas las personas que prodigan cuidados.

Investigación

La investigación en psiquiatría del anciano cubre un amplio campo que comprende la biología molecular, la epidemiología, la neuroquímica, la psicofarmacología, la investigación sobre los servicios de la salud (incluyendo notablemente la evaluación de proyectos comunitarios innovadores) y la ética.

La investigación en este ámbito ofrece una posibilidad única de fructíferos intercambios entre disciplinas; es crucial para el avance de la especialidad y puede traer beneficios más allá de ella misma. Las personas que trabajan en este sector necesitan una formación en métodos de investigación al igual que tiempo y circunstancias propicias para desarrollar su investigación.

Conclusiones

Ya existe una gran cantidad de conocimiento y de experiencia en psiquiatría del anciano. Nos queda por esperar que las recomendaciones aquí ofrecidas puedan alentar a los profesionales y a los políticos a instituir, desarrollar y mejorar los servicios, la formación y la investigación en beneficio de la población anciana mundial y de la cantidad creciente de ancianos que sufren de problemas de salud mental.

Es importante reconocer que, en ciertos países, los recursos son muy limitados, particularmente en profesionales de salud mental. En estos países será necesario establecer importantes prioridades para los problemas de salud mental del anciano.

No cabe duda que hay una notable justificación para promover el desarrollo de la especialidad de la psiquiatría del anciano, con sus propios programas de formación, su propia estructura de carrera y sus canales multiprofesionales de soporte ■



SOBRE CIERTAS ENFERMEDADES PECULIARES DE LA VEJEZ*

Alöis Alzheimer

En noviembre de 1906 en ocasión de una reunión de psiquiatras que tuvo lugar en Tübingen, Alemania, Alöis Alzheimer presentó la descripción clínica de una paciente de 56 años fallecida en el Asilo de Francfort luego de cinco años de sufrir la evolución de un estado demencial. El estudio del cerebro de esa mujer mostró la existencia de lesiones corticales características en forma de placas que también fueron encontradas por Fischer un año después en la autopsia de ancianos.

Alzheimer quien había realizado sus estudios de medicina en Würzburg, Tübingen y Berlín, obtuvo su primer cargo de médico en el Asilo de Alienados de Francfort adonde inició sus investigaciones clínicas y anatomopatológicas. Un año después se encontró con Nissl con quien trabajó en colaboración por el resto de su vida. Kraepelin lo convocó para integrar su equipo de Heildeberg en 1902. En 1903 ambos se trasladaron a Munich adonde obtuvo el cargo de Privat-dozent en 1904 y cuatro años más tarde el de profesor extraordinario. Fue en ese período que Alzheimer realizó las observaciones que lo llevaron a describir la enfermedad que dio trascendencia a su nombre.

En esta sección reproducimos los tramos esenciales de un artículo suyo aparecido unos años después, en 1912, adonde completa y precisa la descripción clínica y anatomopatológica de la misma.

J. C. S.

En 1906 describí un caso de enfermedad en la presenilidad que durante la vida presentaba rasgos diferentes de aquellos de las enfermedades conocidas y que al examen microscópico mostraba alteraciones de la corteza cerebral que eran en ese momento desconocidas. El rasgo clínico más notable era el desarrollo rápido del deterioro mental(1), que progresaba rápi-

damente hasta el grado más severo. Varios síntomas de foco, sobre todo del tipo asimbólico y afásico, fueron notorios desde el comienzo. Como no había otros síntomas que indicaran una enfermedad focal, nada que sugiriera una enfermedad arterioesclerótica, luética, o paralítica, y dado que la Demencia senil estaba fuera de cuestión, ya que el paciente tenía sólo 56 años de edad y el cuadro clínico era distinto del de tal estado, este caso no podía ser categorizado entre los trastornos conocidos.

La microscopía del tejido teñido por el método de Bielschowsky mostraba una degeneración sor-

prendentemente peculiar de las células nerviosas corticales(2) que se caracterizaba esencialmente por un conglomerado de fibrillas que cambiaban sus propiedades de coloración y sobrevivían a la desintegración celular, de modo que al final había haces de fibrillas, que yacían en el tejido enrolladas como espirales o dobladas en forma de cabestrillo, como los únicos remanentes de la célula. Además, había un número extraordinario de placas raras diseminadas por toda la corteza.

En casi todos los años siguientes se informó sobre nuevos ejemplos de casos similares. En 1908, Bonfiglio describió uno, en 1909 Perusi-

* Publicado con el título "Über Eigenartige Krankheitsfälle des Späteren Alters" en 1912 y reproducido más recientemente en *History of Psychiatry*, Vol II, N° 5, Part 1, March 1991.

ni presentó una descripción anatómica y clínica de cuatro casos. Desde entonces, se observaron aquí, y se examinaron anatómicamente, dos nuevos casos. En la octava edición de su *Psiquiatría*, Kraepelin hizo una descripción resumida de esta enfermedad a la que denominó enfermedad de Alzheimer.

Mientras tanto, las placas en la corteza habían sido observadas en la presbiofrenia por Fisher, quien las describió en detalle en una cantidad de trabajos y las consideró como un rasgo característico de este trastorno. Redlich también las había mostrado por diferentes métodos. Yo mismo las había observado y descrito en la Demencia senil utilizando la tintura de Nissl y Weigert. Sin embargo, no me había dado cuenta de que correspondían a las imágenes vistas en los preparados con tintura de Bielschowsky. Perusini señaló que los cambios fibrilares en las células nerviosas que yo había descrito también se ven en casos severos de Demencia senil, y Fisher expresó la misma opinión. Por lo tanto, surge la cuestión de si los casos de enfermedad que yo consideré peculiares son clínica o histológicamente lo suficientemente diferentes como para ser distinguidos de la Demencia senil o si deberían ser incluidos bajo este rótulo.

Perusini sintió que estos casos representaban una enfermedad separada, en parte por razones clínicas y en parte por razones histológicas. Las diferencias clínicas eran el comienzo temprano y la presencia y la severidad de los síntomas de foco, a los que no se los consideraba un rasgo de la Demencia senil, siendo las diferencias anatómicas la mayor severidad de los cambios histológicos, si bien se producen a una edad más temprana. Kraepelin, sin embargo, considera que la ubicación de estos casos no es clara. Aún cuando los hallazgos anatómicos podrían sugerir un deterioro mental severo, el comienzo temprano (se habría de suponer una "vejez precoz" o "*senium praecox*"), la profunda perturbación del lenguaje, la espasticidad y los ataques son muy diferentes de los de la presbiofrenia, que está asociada, usualmente, con cambios seniles solamente corticales. Por lo tanto, la enfermedad puede estar relacionada con uno u otro de los estados

preseniles que él describió. Fisher escribió una discusión exhaustiva de los casos de Perusini en su trabajo "La demencia presbiofrénica, sus bases anatómicas y su diferenciación clínica." Consideró las placas como características de un trastorno específico y no vio ninguna objeción para incluir en la misma categoría los casos que ocurren a una edad temprana, debido a los cambios histológicos y porque las parálisis de los adultos y de los jóvenes que representan la enfermedad a una edad diferente comparten todos los rasgos esenciales de los casos más tardíos.

Me parece que una simple inclusión de estos casos con la presbiofrenia no toma suficientemente en cuenta varios rasgos interesantes, y que las reservas de Perusini y de Kraepelin con respecto a esta integración no han sido eliminadas de modo convincente por los argumentos de Fisher. Después de todo, estamos tratando con el caso de una mujer de 56 años, y el de un hombre de 46 años de Perusini, con respecto a quienes nadie hubiera hecho un diagnóstico clínico de Demencia senil. Mientras que la parálisis general muestra rasgos similares si ocurre en los jóvenes o en personas de mediana edad, los síntomas, en nuestros casos, son notablemente diferentes de los de la simple presbiofrenia. El cuadro clínico de la presbiofrenia provee de un punto de partida pobre para intentar reconocer estos trastornos durante la vida y para distinguirlos de otros. Debemos utilizar una definición clínica diferente de la empleada corrientemente. En relación con la parálisis de los adultos y de los jóvenes, sabemos que el cuadro clínico está determinado por la edad de comienzo. Si alguna vez llegáramos a la conclusión de que los cambios corticales seniles severos pueden ocurrir en los cuarenta, esto representaría un importante avance en el conocimiento. Esto también proveería de una guía para la clasificación de algunas psicosis de la vida tardía que aún no están claras nosológicamente. Sin embargo, aún no explicaría por qué estos casos difieren de la Demencia senil simple y tienen síntomas tan severos.

A la luz de nuevas observaciones, existen por lo tanto buenas razones para discutir con algún deta-

lle las características histológicas y clínicas de estos casos y sus relaciones con otras enfermedades y especialmente con la Demencia senil.

Me gustaría comenzar por presentar uno de los pacientes vistos aquí recientemente ya que ilustra algunas de las dificultades que se presenta para hacer un juicio clínico acerca de estos casos.

Johann F., obrero de 56 años de edad, fue admitido a la Clínica psiquiátrica el 12 de noviembre de 1907. No había antecedentes de que bebiera en forma excesiva. Dos años antes de la admisión su esposa había muerto, desde entonces, se había vuelto callado y torpe. En los 6 meses previos se había tornado olvidadizo, se extraviaba, no podía realizar tareas simples o las llevaba a cabo con dificultad. Se quedaba parado sin hacer nada, no parecía preocuparse por la comida, pero comía ávidamente todo lo que se le ponía adelante. No era capaz de comprar nada para sí mismo y no se lavaba. Fue admitido en el Servicio para los indigentes.

14 de noviembre de 1907. Reacción pupilar normal. Reflejo patelear un poco rápido. Ningún signo de parálisis nerviosa. Lenguaje llamativamente lento, pero sin perturbación en la articulación. Torpe, levemente eufórico, comprensión deteriorada. Frecuente y reiteradamente repite las preguntas que se le formulan, en lugar de dar una respuesta. Los cálculos simples sólo los puede resolver luego de una larga demora.

Cuando se le pide que señale diferentes partes de su cuerpo, duda. Después de haber hablado de la rótula, llama rótula a una llave. Hace lo mismo con una caja de fósforos a la que frota contra su rótula cuando se le pregunta qué haría uno con ella. Luego hace lo mismo con un jabón. Finalmente, responde correctamente a otras órdenes de abrir la cerradura de una puerta o de lavar sus manos, pero sólo lo hace de un modo extraordinariamente lento y torpe.

20 de septiembre de 1907. A la pregunta: ¿de qué color es la sangre? "rojo"; ¿y la nieve? "blanca"; ¿y la leche? "bien"; ¿y el hollín?...

Cuenta correctamente hasta 10, también nombra correctamente los días de la semana y los meses del año. Dice la mitad del "Padrenuestro" pero no puede continuar. 2 x 2=



4, $2 \times 3 = 6$, $6 \times 6 = 6$. Lee la hora correctamente. Desabotona su vestimenta correctamente. Pone un cigarro en su boca, enciende un fósforo, enciende el cigarro y fuma: todo en forma correcta. Toma monedas y las inspecciona de cada lado. "Esto es, esto es, tenemos un, aquí, aquí,..."

En forma similar, no puede nombrar una caja de fósforos.

Sabe cómo utilizar una armónica, una campana, un monedero, pero no puede nombrarlos. Cuando se le pide que lo haga, elige una caja de fósforos y un fósforo de entre una cantidad de objetos pero no un cepillo o un sacacorcho. Cuando se le pide que doble su rodilla, cierra un puño. La repetición no está deteriorada.

¿Cuántas patas tiene un ternero? "4." ¿Un hombre? "2."

¿Dónde vive un pez? ¿En el bosque sobre un árbol? "En el bosque sobre un árbol."

Punción lumbar: recuento de células no incrementado. Sin alteración en el complemento sanguíneo y en el fluido cerebroespinal.

Oftalmoscopia: borramiento de la papila derecha, venas bien llenas, hallazgos normales en la izquierda.

23 de septiembre de 1907. Se levanta y orina al lado de la cama.

8 de octubre de 1907. Cuando se le pide que escriba, no toma el lápiz sino una caja de fósforos e intenta escribir con ella. Por otra parte, los síntomas de foco muestran cambios llamativos en cuanto a la severidad.

15 de noviembre de 1907. Feliz, se ríe mucho, come en cantidades extraordinarias. Se queda sentado sin hacer nada, parece embotado, pero mueve las manos constantemente, deshilachando su manta o su camisa. A veces rasga trozos de tela que empuja dentro de su boca.

La repetición aún es buena. A menudo utiliza los objetos de un modo equivocado, por ejemplo, trata de cepillar su vestimenta con su peine. Cuando se le da una llave y se le pide que abra la cerradura de una puerta, se acerca a la puerta pero no sabe qué hacer. Cuando escribe su nombre se demora en cada letra. No puede ser persuadido de escribir otra cosa que no sea su nombre. Cuando se le pide que nombre objetos, no responde enseguida, o repite la pregunta sin comprenderla, a veces en forma reiterada. No habla espontáneamente. Cuando se lo molesta, por ejemplo tratando de quitarle una prenda a la que está desenrollando, a veces maldice. Cuando se le pide realizar un movimiento, a menudo repite la pregunta. Cuando se le muestra el movimiento, por lo general mira sin parecer comprender. Imita con su mano derecha o izquierda algunos de los movimientos que se le muestran. Cuando se le pide que toque su nariz con su mano derecha, apoya su dedo extendido sobre su barbilla. Cuando se le pide que "sople" un beso, sostiene su mano en una forma extraña. Luego, cuando se le muestra un gesto amenazador y un saludo

militar, se lleva la mano a la boca como "soplando" un beso.

8 de diciembre de 1907. Obviamente hay más deterioro. Sigue dejando su cama, fastidia por ahí con sus sábanas.

Test de Wassermann en sangre y en suero: negativo, 1 célula por mm^3 de fluido cerebroespinal.

2 de marzo de 1908. Cuando se le pide que lave sus manos, comienza correctamente pero luego sigue lavándolas interminablemente. Cuando se le pide que cierre una canilla, mantiene sus manos debajo de ella. Cuando se le pide sellar una carta, intenta encender la vela con el sello, luego calienta la cera para sellar y la aplica contra el sello.

Cuando se le pide que encienda un cigarro, lo golpea contra la caja de fósforos.

4 de marzo de 1908. Inquieto, parece como si delirara. Continúa enrollando sus sábanas como un paquete y quiere salir con ellas. A menudo sigue trabajando durante días sin descanso, su cara sudorosa. Se vuelve más y más renuente. No obedece cuando se lo llama. Cuando se le da un cepillo para pelo, lo lame. Casi no hay habla espontánea.

5 de mayo de 1908. Otros pacientes le han enseñado a cantar. Cuando se le pide que cante "Nos sentamos tan felices juntos," se le tiene que ayudar con la letra una y otra vez, pero entona bastante bien.

12 de mayo de 1908. El examen físico no arroja ningún resultado anormal, ni en las pupilas ni en los reflejos. Las papilas se ven normales (la papila derecha muestra una configuración levemente anormal).

Cuando se le pide algo, por lo general contesta con un "sí" y ríe en forma idiota, o repite la pregunta sin comprender. Aún es totalmente capaz de repetir y a veces sigue repitiendo la palabra varias veces. Generalmente imita los movimientos individuales, como la extensión de las manos, maldice correctamente pero con torpeza.

12 de junio de 1908. Camina por el jardín y no permite que nadie lo detenga. Aunque completamente empapado en sudor, camina dando vueltas continuamente, enrollando constantemente las largas colas de su vestimenta alrededor de su mano, la que cierra ocasionalmente. En la cama, hace lo mismo con su manta. Cuando se lo pincha con

una aguja o se le hace cosquillas en las plantas de los pies, no reacciona durante un largo tiempo, pero finalmente golpea al médico. Apenas emite palabra.

Es llamativo que su motricidad gruesa no presente deterioro, a pesar de su profunda imbecilidad. No se observa ataxia o debilidad en los movimientos de los miembros.

14 de diciembre de 1908. Incontinencia de heces y orina, en cualquier sitio en que se encuentre. No dice nada más; está permanentemente ocupado con su cama o su camisa. Aún canta "Nos sentamos tan felices juntos" si otros lo hacen comenzar.

3 de febrero de 1909. Ataque epileptiforme de pocos minutos de duración. Crispamiento espasmódico de su cara.

6 de febrero de 1909. Parálisis facial derecha.

9 de febrero de 1909. Ya no se evidencia parálisis facial.

La repetición de los tests en sangre y suero arrojan los mismos resultados negativos de antes. Muy renuente a cooperar. Siempre ocupado con su manta y su camisa. Ya no habla; no obedece ninguna orden.

31 de mayo de 1910. Su peso corporal disminuye lenta y sostenidamente. Todavía juega con sus sábanas del mismo modo.

28 de julio de 1910. Ataque epileptiforme de 2 minutos de duración.

1 de septiembre de 1910. La temperatura aumentó a 38.5 C. Ronquidos sibilantes en su pulmón.

3 de octubre de 1910. Muerte con características de neumonía.

De este modo vemos a un hombre de 54 años de edad que lenta e imperceptiblemente, y sin deterioro de la conciencia ni ataques, desarrolla un estado de deterioro mental profundo con perturbaciones apráxicas, afásicas y agnósicas importantes. Un análisis más preciso de estos síntomas de foco presenta varios problemas debido a que el deterioro del reconocimiento, de la comprensión y expresión del lenguaje, así como de la praxis, el deterioro mental general y el comportamiento renuente, tornan dificultosa la interpretación de las capacidades verbales individuales y de los actos. Sin embargo, es cierto que las perturbaciones del lenguaje de los pacientes deben ser

consideradas como afasias transcorticales, debido a la largamente preservada capacidad de repetición. Dado que hubo un temprano empobrecimiento en la producción de palabras que progresó hasta una completa pérdida del lenguaje espontáneo, debemos suponer una afasia mixta motora y sensorial, a pesar de los groseros signos de parálisis. De las perturbaciones apráxicas, aunque éstas eran a veces puramente motoras, la apraxia ideacional era más prominente. En contraste con las severas perturbaciones del lenguaje y de la praxis, la perturbación de la motricidad era leve y era llamativa la ausencia de verdaderos signos de parálisis de las extremidades. En las últimas etapas del estado y hacia el final de su vida, ocurrieron ataques epilépticos repetidos y una parálisis facial derecha transitoria.

El análisis clínico de este caso presenta diversas dificultades. La Demencia senil nunca fue considerada debido al momento de comienzo de la enfermedad a la edad de 54 años y al hecho de que, incluso al primer examen, se encontró un deterioro mental profundo con un indicio de perturbaciones apráxicas, agnósicas y afásicas. Después de que el examen físico hubo establecido, aparentemente, un papiledema del lado derecho, se debió considerar la posibilidad de un tumor. Debido a la falta de otros signos de presión intracraneal aumentada y al profundo deterioro mental general con múltiples signos de localización, se habría de postular un tumor difuso que estaba invadiendo el tejido nervioso, sin ocupar mucho espacio. Dado que los exámenes repetidos arrojaron solamente una leve anormalidad de la papila derecha que no progresó, esto no podía considerarse un papiledema y el diagnóstico de tumor ya no fue sostenido.

Se podía excluir una enfermedad arterioesclerótica del cerebro ya que no se encontraron alteraciones específicas de los vasos. El hecho de que el vértigo y los ataques apoplectiformes habían estado ausentes por completo durante los primeros años de la enfermedad, y de que la imbecilidad profunda al igual que los síntomas de foco se habían desarrollado muy gradualmente y sin ningún cambio repentino, son argumentos en

contra de una arterioesclerosis cerebral pura.

El estado no pudo haber sido una parálisis general típica. El diagnóstico de una parálisis de Lissauer atípica, sin embargo, no podía ser descartado hasta la muerte, en gran parte debido a una experiencia que tuvimos unos pocos meses antes. Un paciente, que había mostrado un cuadro muy similar en muchos aspectos (deterioro mental profundo, afasia sensorial, agnosia y apraxia), y quien, al igual que en el caso F., no presentaba ninguna anormalidad del complemento ni en la sangre ni en el fluido cerebroespinal en exámenes repetidos, había resultado tener, al examen microscópico, una parálisis general progresiva con localización atípica. Sin embargo, se consideró como lo más probable, debido a las perturbaciones apráxicas, afásicas transcorticales y agnósicas que existían junto a un deterioro mental profundo, que estábamos ante una relativamente desconocida y progresiva perturbación cortical grave y extendida, tal vez un caso similar al que yo había informado anteriormente.

La autopsia reveló solamente una opacidad y engrosamiento moderados de la pía sobre la convexidad del cerebro. Los vasos del cerebro sólo mostraban indicios menores de degeneración arterioesclerótica. Las circunvoluciones de los lóbulos frontal, parietal y temporal estaban considerablemente contraídas a ambos lados, los surcos agrandados, mientras que las circunvoluciones centrales no parecían particularmente atroficas. No había áreas reblandecidas en la corteza o en la sustancia blanca(3) ni se podía encontrar ninguna otra alteración circunscripta en ninguna parte. Los demás hallazgos de la autopsia no tenían importancia. Así, aunque la observación macroscópica del cerebro revelaba un proceso atrofico difuso al que se había establecido como siendo la causa del trastorno, no aclaraba la naturaleza del proceso subyacente.

La investigación microscópica mostró que la corteza estaba llena de placas de Fisher(4) en grados variables. Su número en general coincidía con el monto macroscópicamente reconocible de atrofia cerebral. Eran numerosas en el lóbulo frontal, escasas en las circunvoluciones centrales, estaban presentes

en un número enorme en el lóbulo parietal y también parcialmente en el temporal, y otra vez eran menos numerosas en el lóbulo occipital. No había diferencias obvias entre los lados derecho e izquierdo. Estaban también presentes en abundancia en el estriado, el núcleo lenticular y el tálamo. Se encontraban en abundancia en el cerebelo, mientras que estaban completamente ausentes en otras extensas partes del cerebro. Placas aisladas eran también visibles en la materia gris del puente y en diferentes núcleos de la médula oblonga. En la médula espinal, solamente vi una, solitaria, en el cuerno posterior de un corte a nivel torácico. Entre las placas de la corteza cerebral muchas eran de un tamaño extraordinario, como nunca las he visto, incluso en el Asta de Ammon de la Demencia senil. A menudo se extendían por varios cortes. Algunas evidentemente surgían de la fusión de unas más peque-

ñas, dado que contenían varios núcleos centrales, pero otras tenían un núcleo central excepcionalmente grande y un halo extraordinariamente grande. Se notaba muy frecuentemente que el número de placas en la superficie y en el centro de la circunvolución era más pequeño que en los lados. En los lugares donde eran particularmente numerosas, muy raramente las placas estaban ubicadas en la primera capa cortical. Por lo general, comenzaban en la región con un incremento repentino del retículo glial en la transición a la primera capa microcelular. A veces, había unas pocas particularmente pequeñas en el borde mismo entre la primera y la segunda capa. Tendían a acumularse en la segunda y tercera capa, eran más raras en capas más profundas, pero eran aún bastante numerosas en la sustancia blanca.

Me gustaría mencionar algunos

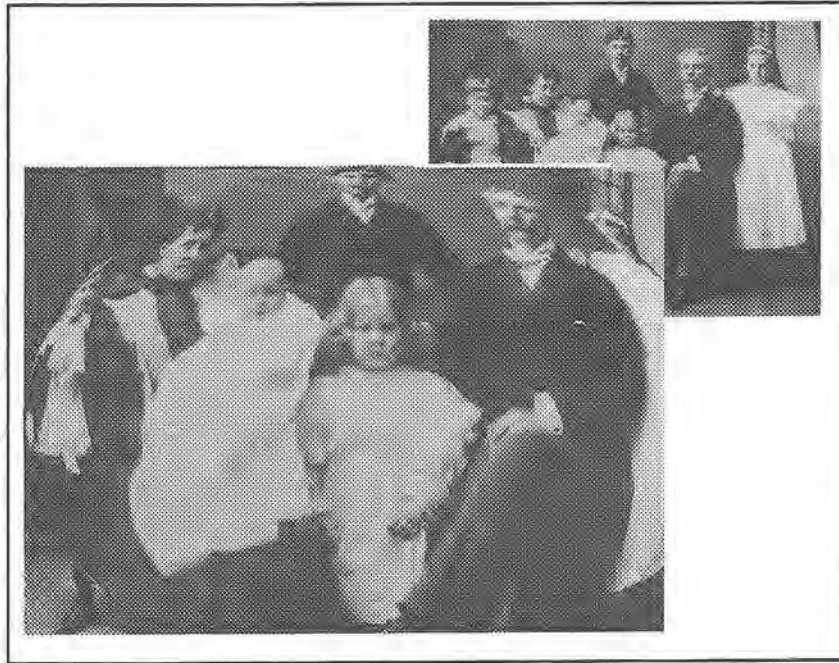
detalles interesantes acerca de las características sutiles de las placas. Su gran abundancia y excepcional tamaño hacen que sea fácil distinguir variados aspectos en su composición. Si se hace un corte a través de la corteza en un área excepcional y severamente enferma que ha sido teñida mediante la impregnación glial de Weigert combinada con una modificación del método de teñido de Mann, y luego se examina la sección con bajo aumento (fig. 1), es llamativo el hecho de que percibimos un número extraordi-

puestos. Generalmente, sin embargo, los núcleos de las placas teñidos mediante esta técnica son mayormente estructuras homogéneas, y no se pueden observar restos celulares en ellas. A veces parecen tener una línea de fractura irregular atravesándolas, pero uno se pregunta si ésta no es el resultado de un desgarramiento durante el proceso de corte del cerebro.

En la corteza cerebral, este núcleo de la placa está regularmente rodeado por un halo, que es más brillante que el núcleo pero más oscuro que el tejido circundante,

y que usualmente tiene un diámetro mucho más grande que el núcleo. Comparado con el núcleo, presenta una estructura muy complicada. Primero vemos dentro de él formaciones grumosas de varias medidas, oscuramente coloreadas, de forma irregular y homogéneas. Éstas parecen masas sedimentadas amorfas. Además, se pueden observar ele-

mentos celulares dentro de este halo, y estos pueden, sin duda, interpretarse como células gliales. A veces son grandes, a veces pequeñas, a veces muestran solamente un pequeño citoplasma pálidamente coloreado cerca del núcleo, a veces están llenas de masas verdoso-amarillentas y sus núcleos están comprimidos hacia la periferia, como se ve a menudo en células granulosas de cualquier origen. Más raramente, se observan formas de células gliales a las que uno está tentado de describir como ameboides debido a sus pequeños núcleos y a sus cuerpos celulares grumosos homogéneamente coloreados. Usualmente, no se observan verdaderas células gliales formadoras de fibra dentro del halo de una placa. Por otra parte, comparado con lo que se observa en casos comunes de Demencia senil, observamos un número mucho mayor de células gliales



productoras de fibras que yacen en la inmediata vecindad de la placa, enviando fibras dentro del halo pero no dentro del núcleo. Ellas se extienden entre los grumos descriptos arriba. En raros casos, se pueden también ver células gliales productoras de fibras enviando una protusión protoplasmática dentro del halo, además de varias fibras. Esta protusión tiene forma de palo de golf y es más gruesa en su extremo que contiene gránulos lipoideos teñidos de verde. A veces, hay también elementos celulares parecidos a bastoncillos, de obvio origen glial, yaciendo en el halo. En ambos polos del núcleo hay una bolsa llena de gránulos verdosos. A veces, líneas más brillantes con bordes derechos o de dientes inclinados se extienden a través del halo y terminan en el núcleo de la placa.

Utilizando la técnica de teñido adoptada, sólo ocasionalmente se observa un cilindroeje que entra a la placa y termina con un bulto, en forma de palo de golf. Sin embargo, este método, que muestra muy claramente las diferencias entre las protusiones gliales y los cilindroejes, no deja dudas de que los cilindroejes también pueden entrar en la placa y sufrir alteraciones allí.

Mientras que casi nunca se ve el núcleo de la placa sin un halo, sí se encuentran muchos de tales halos sin núcleos. Esto no es sorprendente, ya que en el proceso del corte muchas placas son cortadas solamente a través de sus márgenes. Sin embargo, dado que a menudo también se observan pequeñas manchas irregulares más oscuras, sin nítidos sedimentos en la corteza cerebral, creo que las placas recién descriptas deben estar precedidas por una etapa durante la cual el tejido se condensa. Desafortunadamente nuestros métodos no logran mostrar los cambios sutiles que han tenido lugar.

No hay una relación estrecha entre las placas y los vasos sanguíneos. A veces, sucede que yacen sobre un vaso y ocasionalmente se puede ver un vaso atravesando la placa, pero la gran mayoría están claramente separados de los vasos. Inclusive, ellos a veces parecen desalojar los capilares que pueden verse ocasionalmente bordeando la placa.

Esta prueba de las placas mediante la tinción de Mann, que las

muestra en forma extremadamente clara, debe ser complementada por otros métodos.

Es sorprendente cuán poco aparecen en el preparado de células de Nissl, inclusive en aquellas partes de la corteza que están severamente afectadas.

[...] Si se observan con menor aumento cortes de la corteza teñidos con azul toluidina, se puede reconocer la posición de algunas de las placas más grandes en áreas más extensas que están desprovistas de toda célula.

[...] Además de las formas celulares gliales patológicas en la vecindad de las placas ya mencionadas, y los pequeños y oscuros núcleos gliales con cromatina poco diferenciada y muy poco citoplasma, en alguna parte del tejido se ven también a menudo células gliales dispuestas en pequeños cúmulos como si formaran pequeños "prados" gliales. Éstas tienen núcleos más grandes, a menudo ovales, y cuerpos celulares estrelliformes, y a menudo contienen manchas más oscuras.

[...] Cerca de los vasos no puede verse nada que no sean características degenerativas. Los núcleos son picnóticos, encogidos, y llamativamente pálidos en su color. Un muy abundante cúmulo de productos verdes, amarillentos, o sin colorear, se encuentra en las células adventicias fijadas de todos los vasos, es decir, las células granulosas en el espacio linfóideo adventicio de los vasos más grandes de la materia blanca. No se observa una fibrosis bien desarrollada y no hay infiltración celular en absoluto. Además, los vasos más grandes de la pía no muestran sino cambios regresivos en sus núcleos y ninguna alteración arterioesclerótica. El tejido conectivo de la glía está aumentado en todas partes, estando agrandados los núcleos de los fibroblastos. En algunos fibroblastos y en algunas células redondas, hay una abundancia de productos lipoideos.

Luego, observamos algo de interés en los preparados de tinción de Herxheimer. En los cortes, que fueron preparados de material formolizado enseguida después de la muerte (4-8 semanas), las placas aparecen muy claramente debido a que sus núcleos están densamente sembrados de grandes gránulos rojos.

[...] En los preparados gliales de Weigert se ve un enorme incremento de glía fibroide.

[...] En la materia blanca también hay un incremento masivo de glía. Numerosos y grandes astrocitos están entremezclados entre abundantes fibras que corren a lo largo de las vainas de mielina.

[...] En los preparados Bielschowsky, se observan las placas con la misma frecuencia, forma y orden que en los preparados de Mann. Los núcleos de placa también parecen estar cubiertos con gránulos negros de la misma medida y en la misma cantidad que en los preparados de Herxheimer, y éstos son más frecuentes en aquellos hechos enseguida después de la muerte, comparados con aquellos producidos más tarde.

[...] En cuanto a las placas del cerebelo, la abrumadora mayoría de ellas aparecen agrupadas en nidos de hasta 20 en la capa molecular. Ellas son en su mayoría muy variables en tamaño. Generalmente, tal nido consiste en 2-3 placas grandes que yacen en el centro y que están rodeadas por otras muy pequeñas, a veces de diámetro diminuto. Comúnmente, tal acumulación está estrechamente pegada a la superficie. A veces, están también dispuestas en forma vertical en una larga hilera que va hacia la superficie, a través de toda la capa molecular. Otras yacen en la capa de las células Purkinje o en la capa granulosa, ya sea aisladas o en grupo. En la sustancia blanca, a menudo se encuentran unas excepcionalmente grandes. Su frecuencia es considerablemente menor que en la corteza cerebral.

[...] Las placas, a las que encontramos por casualidad en las masas grises del di y del mesencéfalo, en la materia gris del puente y en los núcleos de los nervios craneales, son bastante similares a las de la corteza cerebral. Ellas mayormente tienen un pequeño núcleo y un halo grande. En estas áreas hay también una llamativa acumulación de gránulos lipoideos en las células nerviosas y un incremento amplio de glía fibrosa.

En la médula espinal no se observa mucho con los preparados de mielina de Weigert, pero con los de Mann, se obtiene la impresión de que en las columnas dorsales hay un incremento leve y difuso en la

glía y un considerable incremento de estas células en el tracto piramidal lateral. En las columnas laterales también se observan bastantes células formadoras de fibra marcadamente agrandadas y ricas en citoplasma. Sin embargo, otra prueba aún mejor de la desintegración de mielina en las columnas laterales es la aparición de células granuladas aisladas, macrófagos aislados y pequeños elementos gliales en proceso de desintegración en la mielina, los que se ven excepcionalmente bien en el preparado de Mann.

[...] En el caso de F. descripto aquí, una característica específica, con la que no me he encontrado en otros pacientes, es que el núcleo de la placa estaba cubierto con gránulos lipóideos que podían teñirse de escarlata y que se volvían negros con el método de Bielschowsky. La inestabilidad de estas estructuras, en comparación con los otros sedimentos que podían colorearse de escarlata, parece indicar que, si estamos tratando con sustancias lípidas, éstas son de una clase más inestable, y que difieren de otras sustancias lipóideas de varias células. No puedo afirmar que ellas son esenciales para la formación de placas, dado que no estaban presentes en todos los casos. Es también notable que en el teñido glial de Weigert del caso de F. siempre se ponía



en evidencia un parche central dentro del núcleo, el que se tornaba marrón con iodo.

[...] Parece apropiado concluir que debemos considerar el núcleo de la placa como una masa desorganizada que emerge en forma diferente con diferentes métodos de tinción y la que, con el método de Bielschowsky a veces muestra una estructura que hace recordar las finas agujas de los cristales. Como Perusini y Fischer ya lo han explicado, actualmente no somos capaces de identificar esta masa con ningun-

na de las sustancias conocidas en anatomía patológica. El halo de la placa es mucho más complejo en composición.

[...] La descripción de la placa no estaría completa si no concluyéramos que las células gliales agrandadas aparecen muy regularmente en sus alrededores inmediatos y, cuando forman fibrillas, las envían principalmente hacia la placa y adentro de su halo, y que, como lo ha mostrado Fisher, los elementos nerviosos que la rodean aparecen dislocados.

Aunque algunos se han referido a las placas como productos de deshecho, Fisher probablemente tenga razón al oponerse a tal opinión. Puede observarse a las más pequeñas apareciendo en lugares en los que nada indica que haya desintegración de tejido nervioso. De este modo está establecido que ellas no surgen de células ganglionares degeneradas o de células gliales, contrariamente a lo que ha sido afirmado. Por las mismas razones, tampoco puede hablarse de necrosis. Creo que el núcleo de la placa y el halo deben ser considerados en forma separada. Nada contradice, pero mucho sustenta, la noción de que el núcleo de la placa debe su origen al sedimento de algún producto metabólico todavía desconocido de la corteza cerebral. La sustancia amorfa es transformada de diferentes modos por los reactivos químicos utilizados en nuestros procedimientos de teñido. Debido a esto, su apariencia en nuestros prepara-



CLINICA PSIQUIATRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

DIRECTOR: DR. WILLIAM DAVID MORENO

ASISTENCIA
DOCENCIA
INVESTIGACION

CONSULTORES CIENTIFICOS: DR. GUSTAVO LIPOVETZKY
DR. LUIS CORDOBA

COMUNIDAD _____ PSIQUIATRIA
TERAPÉUTICA _____ DINAMICA

Chacabuco 770, (1704) Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires
Tel.fax: (01) 656-4891 - 654-6989/5265

dos es tan variable, y parece inapropiado atribuir una importancia indebida a la apariencia, como se observa en los preparados de Bielschowsky. Que el núcleo de la placa es el producto de una sedimentación está además sustentado por el hecho de que por lo general no pueden encontrarse en él inclusiones derivadas de células y por el hecho de que él desplaza el tejido circundante.

Hoy ya sabemos de distintos productos metabólicos que se depositan en la corteza cerebral. Quiero mencionar sólo dos: cuerpos amiláceos y glicógeno.

Varias opiniones han sido expresadas acerca del desarrollo de los cuerpos amiláceos. Sin embargo, todo parece sustentar la sugerencia de que ellos son productos que son depositados del fluido linfóideo que difunde por el tejido nervioso. Además, los vemos aparecer en especial abundancia en los espacios gliales inmediatamente por debajo de las membranas gliales y en áreas de tejido que están completamente escleróticas o severamente deterioradas en lo que respecta a su nutrición (p. ej., en las

áreas de devastación esclerótica). En el cerebro, sólo los encontramos en el tejido nervioso, no en los espacios linfóideos adventicios o en la pía. Que ellos también aparezcan en otros órganos del cuerpo sólo tiende a demostrar que la presencia de tejido nervioso no es una condición previa para su desarrollo. Estos cuerpos amiláceos también pueden hacer más comprensible la otra parte de la placa, es decir, el halo de la placa. Cuando se investiga el tejido nervioso con métodos más finos, se puede observar que los cuerpos amiláceos inducen una reacción en el tejido conectivo circundante. La glía lo cubre y lo sostiene. Ya he descrito este fenómeno en otra ocasión. El caso de Fischer nos ofrece una linda oportunidad a este respecto. En la Demencia senil, se ven a veces los cuerpos amiláceos envueltos con glía fibrilar, yaciendo en la primera capa de la corteza cerebral, pero estas imágenes no están claras, dado que también puede encontrarse mucha otra glía fibrilar sin alteraciones. Sin embargo, en la capa molecular del cerebelo en F., vemos las fibras de Bergman que yacen muy separadamente en for-

maciones que semejan canastas que cubren los cuerpos amiláceos.

Mientras el núcleo de la placa evidentemente está formado por el sedimento de un producto metabólico patológico, vemos una cantidad de cambios en el halo que deben interpretarse como fenómenos reactivos, tal como ocurren en diferentes partes del tejido nervioso. Fuera de la placa, vemos grandes células gliales que envían sus fibras dentro del halo de la placa más bien como un área de reblandecimiento miliar en la corteza cerebral, que está encapsulada por células gliales productoras de fibra. También vemos otras estructuras gliales citoplasmáticas como abanicos, y células granulosa gliogénicas que absorben, productos de desintegración que son derivados, presumiblemente, de elementos nerviosos que se desintegran en el halo de la placa y son gradualmente depositados, tal vez parcialmente provenientes de sustancias patológicas.

Muy notables y realmente sin precedentes en la anatomía patológica del sistema nervioso, son las alteraciones de los cilindroejes, tan exhaustivamente descritas por



**INSTITUTO
EIRNA**

**ATENCIÓN INTEGRAL
DE CUADROS DE
PSICOSIS
INFANTO-JUVENIL**

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA
Atención Obras Sociales

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)
Telef.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.



PAIDOS

JANINE PUGET / ISIDORO BERENSTEIN
Lo vincular

JUANA M. DROEVEN (COMP.)
Más allá de pactos y traiciones
Construyendo el diálogo terapéutico

LUIS KANCYPER
La confrontación generacional

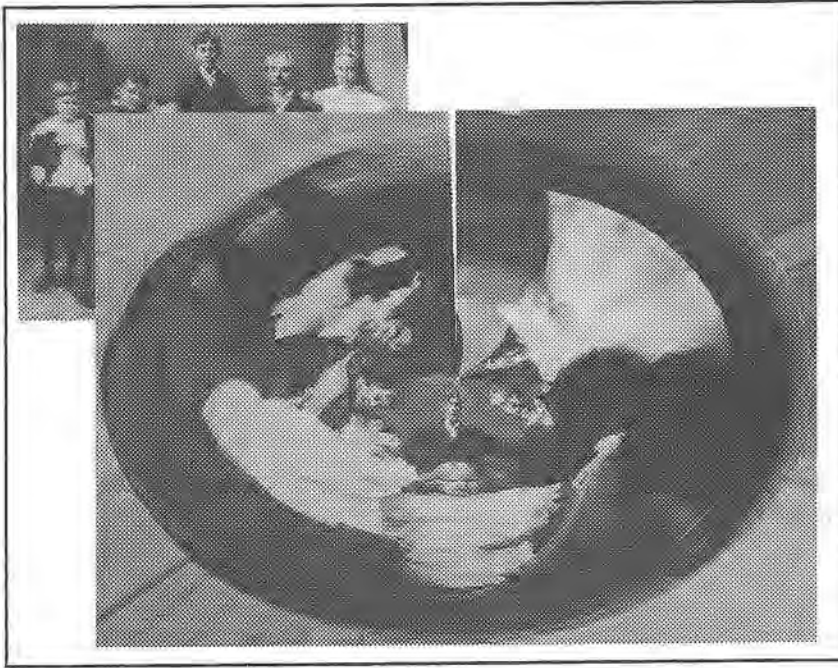
ARMANDO BAULEO
Psicoanálisis y grupalidad
Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis

EMILIANO GALENDE
De un horizonte incierto
Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual

EDUARDO GIACOMANTONE
Estrés peroperatorio y riesgo quirúrgico

ROBERTO SIVAK / ADRIANA WIATER
Alexitimia, la dificultad de verbalizar los afectos

JERRY FODOR
El olmo y el experto
El reino de la mente y su semántica



Fischer. Inclusive si no todos los hallazgos descritos arriba y no todas las formaciones que se tiñen de negro en el halo de la placa pueden ser consideradas como nerviosas, no puede discutirse que tal tejido está incluido en mayor o menor grado y que los cilindros forman excrescencias con forma de abanico y de palo de golf en el halo de la placa. La significación de estas formaciones no es clara aún. Todavía sabemos demasiado poco acerca de las alteraciones de los cilindros como para expresar una opinión definitiva acerca de ellas. En todo caso, a veces pueden verse formaciones en los cilindros que son tal vez comparables a ellas. Ciertamente, en alguna medida parecen descomponerse rápidamente, porque a menudo se las ve en estado de desintegración. Inclusive si la placa no puede ser considerada una estructura completamente milagrosa, en todo caso debe representar un fenómeno extraordinariamente característico.

Arribamos ahora a la nueva pregunta de si estas placas, o, como las denomina Fischer, "*Sphärotichia*," pueden considerarse la causa de una muy específica y clasificable psicosis clínicamente diagnosticable.

Existen casos de indudable Demencia senil en los que las placas no son muy numerosas. Además, como Fischer mismo acentúa, ellas dislocan las estructuras nerviosas, más que destruirlas. De modo que la pérdida de tejido cortical debida

a las placas no puede ser muy considerable. Además, por añadidura, en lugares donde no se encuentran placas en la corteza cerebral, observamos los bien conocidos cambios escleróticos seniles extendidos, las degeneraciones granulosas y lípidopigmentadas (*lipid-pigmented*) de las células ganglionares con alteraciones de sus fibrillas, las que fueron descritas en detalle por Brodman y Bielchowsky, la formación de fibra de la glía, acumulación de pigmento en la glía y el fenómeno degenerativo en las paredes de los vasos que es imposible creer que fuera causado por placas. Estos cambios se encuentran en los ganglios basales, la médula, el cerebelo y la médula espinal, aunque en todos estos sitios no hay placas en absoluto o sólo unas aisladas. De modo que debemos llegar a la conclusión de que las placas no son la causa de la Demencia senil sino sólo un rasgo acompañante de la involución senil del sistema nervioso central.

Sin embargo, como parecen presentarse regularmente en mayores cantidades en la demencia presbifrénica, mientras sólo ocasionalmente se encuentran unas placas únicas en edad avanzada sin demencia, deben tener una importancia tan decisiva como la infiltración difusa de los vasos linfoides con células de plasma (plasma cells). Esto último no puede ser considerado como la causa de la enfermedad parálitica sino del proceso de enfermedad parálitica, y es una importante ayuda diagnóstica para

su reconocimiento. Ciertamente quedará para crédito de Fischer el que él fuera el primero en enfatizar la importancia de las placas para la apariencia histológica de la Demencia senil.

Como he señalado en relación con otros hallazgos histológicos, la Demencia senil y la arterioesclerosis del cerebro son en principio procesos de enfermedad diferentes. Esto ha sido probado en forma aún más conclusiva debido a la presencia de placas seniles. (Fischer, Simchowicz).

Si volvemos ahora a nuestro caso, debemos por supuesto tener aún reservas en afirmar el atribuirlos al proceso de enfermedad senil únicamente sobre la base de la presencia de placas particularmente numerosas. Esto es porque, de acuerdo con nuestras ideas anteriores, solamente podemos considerar las placas como un rasgo acompañante de las alteraciones corticales seniles, y debe primero establecerse cómo las otras alteraciones que encontramos en este caso se relacionan con las de la Demencia senil. La degeneración fibrilar de las células ganglionares está ausente en este caso, mientras en los casos de tales enfermedades preseniles descritas hasta ahora era particularmente común. Ahora sabemos que la misma degeneración celular ha sido observada frecuentemente en casos de Demencia senil severa pero a veces está ausente por completo. Por otra parte, hasta ahora no se ha encontrado en ninguna enfermedad de personas más jóvenes. La ocurrencia particularmente frecuente en la mayoría de los casos preseniles podría sustentar su relación con la Demencia senil. Además, observamos en este caso una acumulación extraordinariamente densa de sustancias lipoideas en las células ganglionares, en las células gliales y en las paredes de los vasos, y especialmente en las numerosas células gliales formadoras de fibra de la corteza cerebral y en realidad en todo el sistema nervioso central.

Por lo tanto, observamos que todos los elementos están alterados del mismo modo y en la misma dirección que en la Demencia senil, pero en este caso, como en los otros descritos por Perusini, las alteraciones exceden en su severidad el promedio a ser encontrado en la Demencia senil.

Finalmente, en nuestro caso

puede establecerse una desintegración de las vainas en la materia blanca en los tractos piramidales laterales de la médula espinal por la presencia de pequeñas células gliales en proceso de desintegración que yacen dentro de la vaina de mielina, de los mielófagos y de las células granulosa. No puedo decir si también aquí nos confrontamos con un hallazgo que excede lo que ocurre en la Demencia senil, porque la médula espinal de la Demencia senil todavía no ha sido investigada en detalle mediante los mismos métodos, que podrían permitir el reconocimiento de pérdidas más sutiles que los métodos hasta ahora en uso. Otra peculiaridad del presente caso era la localización de las alteraciones. Incluso si estábamos tratando con una enfermedad difusa sólo de la corteza, los lóbulos temporal y parietal estaban, sin duda, bilateralmente, específicamente afectados y lo estaban mucho más que el cerebro frontal. En casos comunes de Demencia senil, el cerebro frontal es el más severamente enfermo, como fuera hallado sólo recientemente por Simchowicz.

Ha habido investigación insuficiente de la cuestión acerca de si, en los otros casos preseniles descritos previamente, estaba también presente una localización que difiriera de las localizaciones en la Demencia senil ordinaria, en términos de la severidad de los cambios. Si se permite una conclusión basada en la impresión clínica, las áreas de circunvolución individuales deben haber sido afectadas en forma diferente con respecto a la severidad de los cambios.

Sin embargo, las diferencias en la localización del proceso de la enfermedad no pueden ser utilizados como un argumento en contra de la relación de estas formas de demencia con la Demencia senil. Después de todo, sabemos que el proceso de la enfermedad de la parálisis progresiva considera la emergencia de numerosos casos con una localización atípica del mismo modo que la mayoría de los casos con una localización típica.

Otros hechos esenciales, que sostienen la inclusión de tales casos dentro de la categoría de Demencia senil, surgieron de las observaciones de dos casos que investigué recientemente.

Debido a circunstancias relacio-

nadas con el Departamento de Munich es muy excepcional que pacientes con Demencia senil avanzada sean examinados histológicamente, ya que la mayoría de estos pacientes son transferidos a asilos en etapas más tempranas de la enfermedad. Sin embargo, entre material más antiguo puesto a mi disposición debido a la amabilidad de mi Jefe anterior, el Profesor Sioli, pude encontrar un caso en el que las alteraciones sólo se habían desarrollado en la vejez tardía. Aquí, el número de placas, la severidad de la alteración de la célula nerviosa, y el volumen del desarrollo glial no eran menos severos que en casos preseniles.

Además, otro paciente, quien fue afectado sólo al final de sus sesenta por las características de la Demencia senil, la que tomó la forma de un deterioro mental creciente con perturbaciones afásicas y agnósticas, desarrolló una masa con extraordinario número de placas, alteraciones fibrilares de las células nerviosas extremadamente extendidas y un muy marcado desarrollo glial fibrinoide con brotes descoordinados.

Por lo tanto, parece haber una variedad de formas intermedias entre estas enfermedades preseniles y los casos típicos de Demencia senil. Como obviamente ocurren casos similares de enfermedad en la vejez tardía, no es una enfermedad presenil, y existen casos de Demencia senil que no difieren de estos casos preseniles con respecto a la severidad del proceso de la enfermedad.

No hay entonces ninguna razón valedera para considerar que estos casos sean causados por un proceso específico de enfermedad. *Son psicosis seniles, formas atípicas de Demencia senil.* Sin embargo, ellas sí asumen una cierta posición separada, de modo que uno debe saber de su existencia como uno debe saber acerca de la parálisis de Lissauer, para evitar errores de diagnóstico. Por lo tanto deberá ser tarea de la investigación futura recolectar un mayor número de tales casos, los que, como muestran las observaciones en este departamento, no deberían ser demasiado raros, para establecer la sintomatología de este grupo aún más claramente, y para justificar su posición con respecto a la Demencia senil sobre una base aún más firme, mediante la

demostración de la existencia de otros casos transicionales.

Sin embargo, las preguntas de por qué estos casos que ocurren en la edad presenil están en general acompañados por tan excepcionalmente severas alteraciones histológicas y por qué causan síntomas tan excepcionalmente severos, actualmente no pueden ser contestadas. Por supuesto, sabemos igualmente poco acerca de por qué la parálisis en una ocasión afecta toda la corteza cerebral con una diseminación difusa, cuando en otra muere de modo excepcionalmente profundo en un lugar específico.

La investigación anatómica nos ha enseñado que la parálisis progresiva puede ocurrir hasta los setenta y los procesos de enfermedad seniles tan temprano como a los cuarenta.

De modo que puede ser que, así como las localizaciones atípicas del proceso de enfermedad paralítica pueden causar rasgos clínicos que difieren grandemente de los rasgos comunes de la parálisis, el proceso de enfermedad senil puede causar perturbaciones que anteriormente nadie habría o podría haber considerado como un proceso senil por los síntomas clínicos. Estas observaciones, que hemos tenido oportunidad de hacer en dos estados y que son también verdaderas para la lúes cerebral, nos demuestran de un modo impresionante cuán difícil es definir enfermedades únicamente con respecto a sus rasgos clínicos, especialmente en el caso de aquellas perturbaciones mentales que son causadas por un proceso de enfermedad orgánico. Un proceso de enfermedad idéntico podrá causar rasgos clínicos extraordinariamente diferentes debido a diferencias en su localización, y en la secuencia y extensión de la focalización cortical, la que puede ser difusa o localizada y además puede estar localizada de modos muy diferentes.

Además de la discusión de estos tempranos casos de Demencia senil, me gustaría acercarme a otro grupo de enfermedades seniles, a las que Pick ha dedicado una investigación particularmente profunda: los casos de atrofia circunscrita. Yo mismo las he comparado con la parálisis de Lissauer en mi artículo sobre parálisis. Naturalmente surge ahora la cuestión de cómo se

relacionan estos casos, a la luz del progreso en el conocimiento histológico de los procesos de las enfermedades seniles, con los casos atípicos recién descritos y con la Demencia senil típica. Se esperaría encontrar una acumulación particular de placas y tal vez también de una particularmente extensa degeneración fibrilar de células ganglionares en las áreas de atrofia localizada.

[...] La atrofia difusa, sin ninguna infiltración celular y con falta de focos circunscriptos, permite la exclusión de un origen arterioesclerótico para tales atrofas localizadas. Según Fisher, no es posible, sin embargo, adscribir estos casos a la Demencia senil ya que no hay placas. Por otra parte, encontramos una peculiar alteración fibrilar de las células nerviosas que ya he observado anteriormente en la arterioesclerosis, y que me recuerda la alteración de la Demencia senil. La pregunta es: ¿deben adscribirse estos casos a la Demencia senil o a la arterioesclerosis?

Tal vez tales, atrofas circunscriptas de grandes áreas de circunvoluciones ocurren debido a una nutrición defectuosa del área atrófica, a lo que siguen severas alteraciones arterioescleróticas de una arteria más grande que provee a toda el área, del mismo modo que áreas más pequeñas de severa devastación arterioesclerótica, sin supuración, ocurren muy frecuentemente en la región de vasos más pequeños severamente enfermos, en la sustancia cerebral. No he examinado específicamente los vasos grandes en los últimos dos casos.



Sin embargo, probablemente no había alteraciones arterioescleróticas a la observación macroscópica. En un caso de atrofia cerebral senil circunscripta se encontró una región especialmente atrófica y correspondía al área de la III^{ra} rama de la arteria de la Cisura de Silvio (*Art. Foss. Silvii*) (s. a. v. Monakow, *Gehirnpathologie* II. edición, p. 1087).

En mi opinión, el hecho de que la primera circunvolución temporal estuviera menos afectada en los primeros dos casos, que la segunda y tercera circunvolución estuvieran mucho más atróficas, y que el Cornu ammonis estuviera definitivamente no menos dañado que la segunda y tercera circunvolución temporal, son argumentos contrarios a la suposición de que la atrofia

localizada del 1er lóbulo temporal es causada por factores funcionales como lo sugirió Pick. El Cornu ammonis, en todo caso, pertenece a un área funcional totalmente diferente. Tal vez, esta disposición de la atrofia podría estar relacionada con la irrigación vascular del lóbulo temporal.

Por lo tanto, no puedo elaborar ninguna conclusión final acerca de la forma circunscripta de la atrofia cerebral senil, pero quería comunicar mis observaciones porque muestran las dificultades que hay todavía en el camino hacia una interpretación de estos resultados. Tal vez motivarán a alguien más, con nuevo material, para responder cuestiones que aún esperan solución ■

D^o 1

1. "Dementia/Dementia semilis/senile dementia." Alzheimer utilizaba varios términos para referirse a la demencia, p. ej., los antiguos –y hoy en día peyorativo y coloquial– término "Verblödung, Altersblödsinn", que pueden traducirse por "idiotia e imbecilidad senil, deterioro mental o deterioro". Él también mezclaba

la terminología latina (*Dementia Senilis*) con la alemana (*senile Demenz*). No hemos traducido los términos latinos. Las variadas expresiones alemanas que significan demencia han sido uniformemente traducidas como "deterioro mental".

2. "Nerve cells" ("Células nerviosas"). En el original frecuentemente denotado co-

mo "Ganglienzellen," células ganglionares.

3. White matter, Alzheimer frecuentemente utilizaba el término alemán "Mark", que hemos traducido por "materia blanca".

4. Plaque (placa). Alzheimer utiliza como sinónimos los términos "Plaque" y "Druse".



Primeros resultados obtenidos con el 4560 RP*

CATEDRA DE PSIQUIATRIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
por los Doctores

Exequías Bringas Núñez, Juan A. Seggiario y Mario R. Machado



Prof. Exequías Bringas Núñez

En el último número de *Vertex* reproducimos las Conferencias Inaugurales del Coloquio sobre la Clorpromazina realizado en París en 1952. Al escribir la introducción a dichas comunicaciones mencionamos que el Prof. Exequías Bringas Núñez –decano de los psiquiatras argentinos quien nos honra como miembro de nuestro Comité Científico– nos había relatado las experiencias iniciales con esas drogas en Córdoba. Inmediatamente después recibimos una carta del Prof. Bringas Núñez (ver página siguiente) dándonos precisiones sobre el acontecimiento mencionado, y el texto del artículo que reproducimos aquí. También nos informó que los Dres. Seggiario y Machado eran, a la sazón, Jefes de Trabajos Prácticos de su Cátedra; pasando, luego, el primero de ellos a ser Prof. de Neurología en Tucumán.

J. C. S.

El tratamiento de los estados de agitación ha sido y continúa siendo en el presente un problema no siempre de fácil solución.

En algunos casos, es posible, mediante repetidos electro-"shocks", lograr una sedación parcial del enfermo, sedación que la mayoría de las veces es transitoria, siendo necesario repetir frecuentemente las aplicaciones, y aun así, su mantenimiento significa un serio problema

dentro de un servicio de enfermos mentales.

Es por eso que los trabajos franceses de este último año comunicando muy buenos resultados en los pacientes excitados mediante el suministro de un nuevo derivado de la fenotiazina, fueron recibidos con un especial interés en los centros neurológicos y psiquiátricos.

Los autores franceses, y particularmente Delay y sus colaboradores que son quienes más se ocupan de la cuestión, partieron de la idea de buscar un factor que actuará sobre los centros diencefálicos en una

forma antagónica de como lo hacen los métodos corrientes de "shock", es decir, en vez de efectuar su estimulación, tratar en cambio de poner en reposo tales centros, o buscar la interrupción de los procesos reaccionales, que, acorde a los conceptos de Selye, constituirían el substrato mismo de la enfermedad.

En este sentido, su acción tendría algunos puntos de contacto con las curas de sueño prolongado, la invernoterapia, e incluso con los distintos tipos de lobotomías que buscan interrumpir las conexiones entre la corteza y los ganglios basales.

* Reproducido de "La Prensa Médica Argentina", Vol. XL, N° 39, 25 de setiembre de 1953.

Las investigaciones se han dirigido estudiando la acción central de ciertos antihistamínicos de síntesis, derivados todos de la fenotiazina, y de acción beneficiosa en síndromes palidales, tales como el Parkinson.

Recordemos que Guiraud(1), afirmó haber obtenido buenos resultados en los agitados mediante el Fenegan por vía bucal; relató también el caso de un maniaco con intensa excitación y agotamiento cuyo estado mejoró prontamente mediante una sola inyección de este producto.

Otro antihistamínico, el 3277 RP, había sido sugerido anteriormente por Guiraud en el Congreso de Besançon, de 1950, señalando su acción calmante en los estados de agitación motriz, pero Boitelle y Boitelle(2) que lo emplearon el año pasado en distintos enfermos maníacos, obtuvieron resultados inconstantes, junto a algunas mejoras; en otros los resultados no fueron tan satisfactorios y en dos casos no se logró ninguna disminución de la agitación motriz.

De todos los derivados de la fenotiazina, el más usado por los distintos autores ha sido el clorhidrato de dietil-amino-N-clorofenotiazina, que el laboratorio Specia rotuló como 4560 RP, conocido actualmente en Francia con el nombre comercial de "Largactil".

Se trata de un gangliopléjico de acción central evidente, derivado de la dibenzoparatiiazina; es un poderoso simpácolítico, vagolítico en un grado menor y que no posee la acción antihistamínica del Fenegan.

Inicialmente fue usado en forma combinada para potencializar el efecto de analgésicos y anestésicos, siendo estudiada su acción por Laborit(3, 4), Forster y colaboradores(5).

Jaulnies y Laborit, Deschamps(6), etcétera, estudiaron su acción, combinada siempre con los barbitúricos, para poder efectuar los tratamientos de internación artificial.

Actualmente, Henry E. y Berard(7), lo emplean asociado a los barbitúricos para sus tratamientos de sueño prolongado que efectúan en Bonneval. En ese mismo sentido es la comunicación de este año de Sivadon y colaboradores(8), sobre tres casos de cura de sueño prolongado asociando el 4560 RP.

Hamon, Paraire y Velluz(9) lo utilizaron con buen éxito para calmar la excitación de un enfermo que presentaba un intenso acceso

Córdoba, 25 de julio de 1997

"Vertex", Revista Argentina de Psiquiatría

Señor Director:
Dr. Juan Carlos Stagnaro

Distinguido y estimado amigo:

Me permito enviarle fotocopias de un trabajo sobre "Clorpromazina" con los resultados obtenidos de la aplicación en pacientes de la Cátedra de Psiquiatría que se publicó en la Prensa Médica del 25 de setiembre de 1953.

Esto lo hago con el objeto de aportar material que considero importante para la historia de la psicofarmacología psiquiátrica en nuestro país, enriqueciendo su bibliografía personal sobre el tema.

En el primer Congreso Mundial de Psiquiatría que se realizó en París en 1950 y del cual participé como delegado de la Facultad de Medicina de Córdoba, tuve ocasión de conversar con el Presidente de dicho Congreso el Prof. J. Delay y le puse en conocimiento de un trabajo que realizábamos en la Cátedra de Psiquiatría de Córdoba sobre el tratamiento con comas hipoglicémicas prolongadas (técnica de Sakel).

El Prof. Delay se mostró interesado sobre el tema y lo que realizábamos, lo que motivó acordar una beca al Dr. Juan Antonio Seggiaro para continuar el trabajo en su Cátedra. A mi regreso a Córdoba convenimos con el Dr. Seggiaro la aceptación de la beca y viaje de inmediato en el año 1952 a París. Se incorporó a la Cátedra de Psiquiatría de París disponiendo de todos los elementos y colaboradores para continuar el trabajo que puso a su disposición el Dr. Delay.


Los resultados del trabajo se publicaron en dos números de la revista L'Encéphale, año 1952 "Traitement des Maladies Mentales au Moyen de Comas Hypoglycémiques Prolongés et de Recuperation".

Después de una gira que el Dr. Seggiaro realizó dando conferencias en Italia sobre el tema, regresó al país portando una cantidad suficiente de Largactil para las experiencias.

Asimismo publiqué en la Revista "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina" N° 39, marzo de 1965, Vol. XI, pág. 50, N° 1 "Tratamiento de los delirios crónicos sistematizados con Clorpromazina".

Las limitaciones que imponen mis 90 años no me permiten colaborar frecuentemente en la revista que Ud. tan dignamente dirige. No obstante ello, le remitiré a la brevedad un trabajo para su publicación titulado: "Reflexiones que sugiere la Praxis Médica".

Sin otro particular, me es muy grato saludarlo con mi más alta consideración y aprecio.


Dr. Exequías Bringas Núñez

maniaco; en este paciente, que con electronarcosis sólo era posible obtener una tranquilidad durante cinco a veinticinco minutos y con electro-"shocks" de dos a cuatro horas, con el 4560 RP por vía intravenosa asociado a inyecciones intramusculares de Dolosal, fue posible obtener períodos de calma que oscilaron entre tres y dieciocho horas, según la dosis empleada.

Abely y sus colaboradores(10) comparando la acción del 4160 RP con el bromuro de tetraetilamonio, que es también un gangliopléjico pero de distinta composición química,

encuentran que mientras el 4560 RP actúa de preferencia en los estados maníacos, la acción del bromuro de tetraetilamonio es inversa, pues tiene una acción favorable en los estados melancólicos y ninguna modificación en los maníacos; sin embargo, si ambos medicamentos son precedidos por una aplicación de electro-"shock", serían igualmente eficaces en la excitación maniaca.

Delay y sus colaboradores(11) comenzaron a usar el 4560 RP solo, es decir sin ninguna asociación medicamentosa y lo emplearon preferentemente en estados de excitación

maníaca y en las agitaciones propias de los casos de confusión mental.

La dosis de 4560 RP varía según la intensidad del cuadro. En general, durante los primeros días, se dan de 50 a 100 mg por día por vía parenteral, repartidos en 2 ó 4 inyecciones intramusculares; en caso necesario puede intercalarse entre las inyecciones, tomas por vía bucal que pueden llegar hasta los 75 a 100 mg. Se aconseja la vía parenteral durante la primera o segunda semana y poco a poco ir reemplazando los inyectables por comprimidos, los cuales a su vez, se reducen paulatinamente cuando comienza a vislumbrarse la mejoría clínica. La cura no ha de interrumpirse bruscamente, pues en ese caso puede presentarse nuevamente la sintomatología previa.

Como la solución de 4560 RP era ácida y esclerosante para las venas, cuando se usaba la vía intravenosa se lo hacía en forma de perfusiones con suero glucosado; Guiraud sugirió en los grandes agitados, perfusiones por vía intraósea (coxal), usando el trocar de Mallarmé. Hoy se emplea la vía intramuscular y bucal; el producto ya no es irritante, pues se ha corregido el PH, siendo bien tolerado por el paciente.

Los enfermos deben estar preferentemente aislados en ambiente tranquilo, y permanecerán en cama, sobre todo en los primeros días debido a que con dosis altas del medicamento se produce un descenso de la presión arterial y con esa medida se evitan los inconvenientes de la hipotensión ortostática.

Entre los síntomas que manifiesta el paciente, merece destacarse la somnolencia bastante acentuada en los dos o tres primeros días de tratamiento, efecto que se va atenuando paulatinamente en los días siguientes hasta desaparecer completamente en algunos casos.

La temperatura habitualmente baja 1/2, 1 ó 1 1/2 grados (con dosis muy grandes de medicamento, se obtienen cifras muy bajas), tornándose inestable durante todo el tiempo que se administre la droga. Casi siempre es posible observar algunos picos térmicos pasajeros de 38 grados y a veces más, que desaparecen rápidamente en una o dos horas.

El pulso se mantiene también inestable y su curva se entrecruza frecuentemente con la curva térmica. La tensión arterial disminuye, especialmente la máxima (en una enferma cuya tensión arterial era de 20

cm, una hora después de la inyección de 25 mg de 4560 RP, pudimos observar su descenso a 14 cm). Las pupilas tienen tendencia a la midriasis. El estudio de la fórmula leucocitaria nos muestra que descienden los glóbulos blancos en la mayoría de los enfermos, aumentando dos o tres horas después de la inyección. En algunos pocos casos, se observa por el contrario una pequeña leucocitosis.

En cuatro pacientes hemos efectuado controles electroencefalográficos antes y después de inyectar el 4560 RP y las variaciones observadas las resumimos en las historias clínicas de estos enfermos. Un estudio más detallado sobre este particular será publicado posteriormente junto a otras observaciones de este tipo que tenemos en curso.

Actualmente, estamos efectuando además estudios psicométricos y trabajos experimentales en animales tendientes a conocer mejor la acción de la droga en sus distintos aspectos.

En un paciente de Delay que tenía una dermatitis localizada, con la administración de la droga se extendió la infección, lo que obligó a suspender el medicamento y efectuar antibióticos. Él piensa que la droga puede tener una acción antiflogística, lo que obliga a ser cautos en casos de infección concomitante, o bien asociarla con antibióticos.

En lo referente a las indicaciones del 4560 RP, Delay y sus colaboradores lo han empleado extensamente en distintos tipos de enfermos mentales, particularmente aquellos que manifiestan un intenso grado de excitación psicomotriz. Primeramente comunicaron los resultados obtenidos en enfermos maníacos(12) y posteriormente en confusiones mentales(13).

En enero de este año, Sizaret y Salomón(14) comunicaron magníficos resultados en las confusiones alcohólicas tipo "delirium tremens" o alcoholismo subagudo. En casi todos los casos, una o dos inyecciones de 4560 RP (50 ó 100 mg), asociados a dieta hídrica, fueron suficientes para reducir el acceso en doce o veinticuatro horas; solamente un paciente necesitó 4 inyecciones (200 mg), para dominar su estado.

El trabajo más reciente de Chagnon y Chanoit(15), que trae una estadística numerosa (41 enfermos), de los distintos grupos de pacientes tratados, los que más se beneficiaron fueron los cuadros maníacos.

Paraire(16) en la discusión del

23-2-1953, de la *Société Médico Psychologique*, nos relata el caso de un estado de mal asmático, tratado sin éxito por los clásicos y que el 4560 RP produjo un resultado inmediato y espectacular.

Actualmente estamos en condiciones de publicar nuestros primeros resultados con el 4560 RP, gracias a una especial atención de la *Société Parisienne d'Expansion Chimique "Specia"*, a quien quedamos muy reconocidos. Nuestra experiencia comprende enfermos en estado de excitación maníaca hipomanías más o menos constantes, neuróticos con crisis angustiosas, etcétera.

Como podrá apreciarse, los resultados obtenidos son sumamente alentadores y coincidentes con los de otros autores. Por otra parte, el interés que ofrece la aplicación del 4560 RP no se reduce únicamente a su acción terapéutica sino que trasciende al terreno de la fisiología y fisiopatología de los centros subcorticales y al papel que éstos desempeñan en el síndrome excitación. El enfoque de los problemas que se plantean en este terreno será motivo de una publicación posterior.

Conclusiones

En nuestra breve experiencia con el 4560 RP, esta droga se ha mostrado sumamente eficaz para calmar los estados de excitación psicomotriz, por lo cual interesa al arsenal terapéutico como una de las medicaciones de elección para tratar estos estados.

Con la finalidad de no enmascarar los resultados obtenidos, deliberadamente no hemos efectuado en ninguno de los pacientes tratados otra medicación calmante (electro-shock[®], barbitúricos, etcétera).

Tenemos la impresión que en algunos casos su acción se ha mostrado solamente sintomática como en el enfermo 2, donde al suspender transitoriamente la droga reapareció el cuadro de excitación; por el contrario, en otros, como en el caso 10, su acción se mostró curativa al interrumpir un cuadro de excitación permanente que se prolongaba desde hacía varios meses, efecto que persistió después de suspender la droga.

De un modo general hemos apreciado su acción prevalente sobre la agitación motriz, actuando secundariamente sobre la taquipsiquia y logorrea.

La diversidad de los cuadros tratados nos ha permitido además estudiar su acción favorable sobre los síntomas de angustia e insomnio (casos 4 y 9).

Caso 1: F. Cr., enferma de treinta y cuatro años de edad. Se trata de una débil mental que desde hace varios meses presenta un estado de excitación casi permanente. Su permanencia en el Servicio crea serios problemas, ha recibido numerosas aplicaciones de E. S. y varios tipos de hipnóticos.

Comienza el tratamiento a base de 4560 RP el 11-2-53. Se suprime toda otra medicación. A las ocho horas se le inyecta media ampolla de "Largactil" (25 mg); diez minutos después la enferma está muy tranquila, somnolienta, notándose una bradipsiquia en todas sus manifestaciones. A las dieciséis horas se efectúa una nueva inyección de media ampolla, con lo cual duerme toda la noche. A la mañana siguiente se encuentra eufórica; una inyección de 25 mg la tranquiliza inmediatamente. A la tarde se inyecta una dosis similar.

Al día siguiente se reemplazan las inyecciones por tres comprimidos por día de 25 mg cada uno*. Al comienzo, pocos minutos después de tomar los comprimidos se presenta decaída y ligeramente somnolienta; esta reacción se va debilitando en los días siguientes, en los cuales, si bien está más calmada que antes de comenzar el tratamiento, por momentos presenta períodos de excitación. Diez días después se suprime la medicación quedando la enferma con las mismas características que antes del tratamiento.

Desde el primer día la temperatura y el pulso sufrieron oscilaciones, y la tensión arterial se mantuvo entre 155/110 y 120/80. Antes de efectuar la primera inyección de "Largactil" tenía 6500 leucocitos; una hora y media después bajan a 4250 para aumentar a 5860 después de dos horas. De la misma manera, al día siguiente, los glóbulos blancos, de 6870 bajaron a 4200.

Caso 2: E. A. de P., de veintisiete años, ha presentado en diversas oportunidades episodios de excitación maniaca. Reingresa al Servicio el 30-11 en un estado de excitación maniaca franca.

El 31-11 comienza el tratamiento a base de "Largactil", suprimiendo toda otra medicación. A las nueve horas se le inyectan 25 mg (media ampolla) y treinta minutos después la paciente está tranquila, si bien un tanto logorreica, por momentos somnolienta; hay una acentuada disminución de los reflejos cutá-

neos y tendinosos; tendencia a la mi-driasis. A la tarde se inyectan otros 25 mg y a la noche se le suministra un comprimido (25 mg), con lo cual se consigue mantenerla tranquila durante el resto del día durmiendo en forma ininterrumpida toda la noche. En los días siguientes se continúa con la misma medicación, es decir, 25 mg a la mañana e igual dosis a la tarde; a la noche un comprimido. La enferma permanece en cama tranquila. Los días 9 y 10 de marzo no se efectúa la inyección de la mañana con el objeto de incluirla entre los "casos" para examen de 109 estudiantes; se presenta entonces ligeramente hipomaniaca, chistosa, etcétera, recibiendo en horas de la tarde la medicación común, con lo cual se logra su sedación.

A partir del 11 de marzo se reemplazan las inyecciones por comprimidos a razón de cuatro por día, con lo cual permanece tranquila durmiendo toda la noche sin ninguna otra medicación.

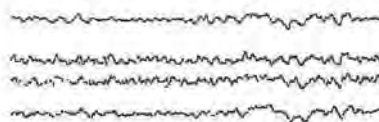
El 16 de marzo se suspende la medicación quedando la enferma en remisión que continúa hasta el presente.

También en esta paciente pudimos comprobar el descenso de los glóbulos blancos. El 2 de marzo presentaba 11.400 leucocitos en ayunas y dos horas después de la inyección habían descendido a 8100.

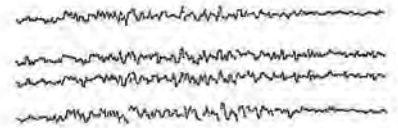
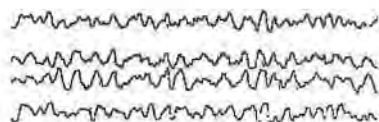
La uremia y la glicemia no sufrieron mayores oscilaciones y el índice de Katz de 11 al efectuar la inyección, aumentó después a 13,50 y tres horas y media después alcanza a 19,75 (este aumento no fue corroborado en los días siguientes).

La temperatura también presentó oscilaciones. Así el primer día, a las ocho horas, antes de efectuar la inyección, tenía 36,7; a las once horas había bajado a 36; a las 13,30 horas era de 37,6; a las quince horas, de 36,2 y a las dieciséis horas, se elevó nuevamente a 37,4. En esta forma oscilante se mantuvo durante los primeros días, anotando una temperatura mínima de 35°C y una máxima de 38,2°C.

El 8 de marzo, un electroencefalo-



grama efectuado antes de la inyección de "Largactil" nos muestra un trazado casi normal, con un ritmo alfa de 10 ciclos por segundo y algunas ondas theta de 6 c/s en las derivaciones transversa-



les, visibles sobre todo a la hiperventilación. Una hora cuarenta y cinco minutos después de la inyección, repetimos el trazado, observando escasas modificaciones consistentes en una mayor frecuencia de estas ondas theta que la hiperventilación permite recogerlas también, aunque en forma muy esporádica, en los electrodos occipitales.

Caso 3: C. V., es una enferma de treinta y siete años de edad, internada en el Servicio por delirios interpretativos. El 19 de marzo se efectúa un "shock" anfetamínico con el objeto de provocar el relato de vivencias traumáticas que de otra manera la paciente no suministraba espontáneamente. La inyección desencadena una crisis de llanto paroxístico. Acto seguido se aprecia una taquipsiquia intensa expresada en forma de logorreia; relata episodios de su vida, sintiendo, según lo manifiesta, la imperiosa necesidad de hablar ininterrumpidamente. Este estado se prolonga en las horas siguientes; con objeto de calmarla se suministra luminal inyectable y por vía bucal, no lográndose ningún resultado. Entre esa tarde y las horas de la noche se le administró 80 ctg de luminal a pesar de lo cual la enferma no pudo dormir, sin cesar de hablar en ningún momento; según su propia expresión "no podía parar la lengua".

A la mañana siguiente, en ese mismo estado, se le dan 2 comprimidos de "Largactil" (50 miligramos) por boca; quince minutos después se siente fatigada, se recuesta pero continúa hablando casi constantemente; a la media hora se nota somnolienta, contesta las preguntas que se le formulan en forma correcta pero no habla espontáneamente. Pocos minutos después duerme tranquila. Se la despierta para alimentarla a mediodía y continúa durmiendo en horas de la tarde. Se la despierta nuevamente para darle la cena y duerme tranquila toda la noche sin ningún sedante. A la mañana siguiente la enferma está perfectamente normal.

Caso 4: B. M. se trata de una mujer de treinta y cuatro años de edad, casada, que cuatro años atrás, en ocasión del parto de su cuarto hijo, hizo varias crisis que se rotularon de histéricas, siendo medicada con somnifene, luminal, etcétera. Las crisis continuaron presentándose diariamente, razón por la cual estuvo en manos de diversos especialistas sin lograr mejorar su estado. Estas crisis fueron cambiando su morfología y comenzaron a presentarse todas las noches en forma de accesos de excitación con conciencia lúcida; sistemáticamente, a media noche o en las primeras horas del día, la paciente se despierta excitada, camina de un lado a otro golpeando fuer-

* Era éste el primer paciente que tratábamos y cometimos el error de suprimir prematuramente los inyectables y sobre todo, las dosis que suministramos por vía bucal resultaron insuficientes en este caso.

temente las puertas, paredes, etcétera; es necesario encerrarla pues pretende salir a la calle. Después de dos o tres horas, y rendida por la fatiga, se recuesta nuevamente para dormir todavía dos o tres horas antes de levantarse. Los medicamentos probados: sedantes, bromuros, barbitúricos, etcétera, no surtieron mayor efecto; algunas noches, sin embargo, consiguió dormir sin despertarse.

El 31 de marzo, a la medicación que está tomando (sedantes neurovegetativos), se le agrega un comprimido de "Largactil" al acostarse. La enferma consigue dormir bien, en ocasiones se despierta a media noche pero permanece tranquila, recordando que anteriormente, en esas circunstancias estaba excitada y necesitaba levantarse, etcétera. Otras veces duerme toda la noche sin interrupciones.

El narcoanálisis con Pentotal no arrojó datos que pudieran poner en claro la psicogénesis del proceso.

La enferma continúa tomando un comprimido antes de acostarse y contemplamos la posibilidad de suprimirlo.

Caso 5: F. A., enferma de treinta y cuatro años de edad, tuvo una primera internación en el asilo de Oliva por un cuadro de excitación, y en 1948 estuvo alojada en este mismo Servicio por un episodio maniaco. El 20-1-1953 es traída por los familiares con un similar. Se le efectúan repetidos electroshocks que solo la calman transitoriamente.

El 6-4 comienza el tratamiento con 4560 RP. Durante dos días se le suministra una ampolla de "Largactil" (repartida entre la mañana y la tarde) y a la noche un comprimido. Desde la primera inyección el cuadro se modifica; la enferma está tranquila, ligeramente somnolienta y de noche duerme sin interrupciones.

Pudimos efectuar controles electrocardiográficos antes y después de inyectar el producto. El registro previo muestra las características de los trazados de enfermos que han recibido numerosas aplicaciones de E. S. En reposo se observa un ritmo occipital de 7 ciclos por segundo, al cual se agregan en los electrodos temporales y precentrales trenes de ondas de 5-6 c/s. En forma esporádica aparecen grupos de ondas de 2-3 c/s en todas las derivaciones. La hiperventilación aumenta la irregularidad del trazado, las ondas delta polimorfas son más numerosas y se las observó superpuestas al ritmo fundamental occipital que permanece de 7 c/s.

Un nuevo registro obtenido dos horas y media después de la inyección de 25 mg de "Largactil" nos muestra un trazado alterado con relación al precedente. En reposo se observa el ritmo occipital de 7 c/s pero más escaso y donde las ondas lentas son mucho más numerosas. La hiperventilación es también más activa que antes de la inyección; desde el segundo minuto de la prueba las ondas lentas devienen francamente dominantes y al

finalizar la misma presentan un aspecto hipsincrónico, habiendo casi desaparecido el ritmo occipital previo.

El 8-4 se reemplazan los inyectables por 6 comprimidos por día de "Largactil" y el 16-4 se reduce la dosis a 4 comprimidos. La enferma, siempre tranquila colabora con las enfermeras en la atención de las demás internadas. El 23-4 se disminuye la dosis a 2 comprimidos por día que es la medicación que recibe en la actualidad.

Caso 6: C. R. italiano, de cuarenta y ocho años de edad, presenta desde hace varios años episodios de excitación maniaca. Por la naturaleza e intensidad de estas crisis permanece internado en sanatorios desde hace cinco años. Fue tratado en la forma habitual con sedantes, E. S., etcétera. Sus remisiones se hicieron cada vez más cortas y menos frecuentes, así llegó a presentar un estado hipomaniaco permanente con crisis de gran excitación en las cuales se tomaba sumamente agresivo y peligroso. En septiembre de 1951 se decide practicarle una leucotomía. Después del postoperatorio se lo observa tranquilo, dócil y obediente; se reintegra al medio familiar pero a los cuatro o cinco meses reaparece su cuadro de excitación y siendo nuevamente internado. En esta oportunidad exhibe un estado hipomaniaco permanente, que sin tener las características de sus grandes crisis de excitación lo tornan molesto y ocasionalmente peligroso. Por esta razón pasa casi todo su tiempo aislado.

Con este cuadro, el 27-3-1943, se comienza a administrarle 4560 RP en comprimidos a razón de cuatro por día. La medicación modifica su conducta: el enfermo está tranquilo, amable y hace la vida habitual de los internados en de los internados en remisión. Solicita espontáneamente los comprimidos pues reconoce su beneficio y cree que con este tratamiento podrá reintegrarse a su casa.

Caso 7: F. R. de E., de cincuenta y dos años de edad, ha tenido tres internaciones previas por episodios de excitación maniaca. A su ingreso al servicio el 11-4-1953, presenta un estado de franca excitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas, logorrea, fuga de ideas, etc.

El 15-4 inicia el tratamiento con "Largactil". En las veinticuatro horas recibe 50 mlg de "Largactil" inyectable (1 ampolla) y 400 mlg por vía bucal (4 comprimidos).

Su tensión arterial de 20/13 desciende rápidamente y una hora después de la primera inyección es de 14/9, manteniéndose alrededor de estas cifras durante los días siguientes.

Un trazado electrocardiográfico antes de la inyección nos muestra un ritmo occipital de mediano voltaje y de 7/8 ciclos por segundo; no se observa ninguna otra particularidad y no es posible efectuar la prueba de la hiperven-

tilación dada la falta de cooperación de la enferma. Un segundo registro efectuado una hora y media después de la inyección de 25 mlg de "Largactil" nos muestra un trazado regular donde el ritmo de base ha disminuido ligeramente su frecuencia que ahora es de 6-7 c/s por segundo. Hiperventilación imposible.

La enferma se encuentra más tranquila, más coherente, permanece en cama sin necesidad de ninguna sujeción descansando bien durante la noche.

A la mañana siguiente, antes de la inyección se efectúa un recuento globular que arroja 960 glóbulos blancos con 54 por ciento de neutrófilos y 40 por ciento de linfocitos; dos horas después de la inyección de 25 mg de "Largactil", ascienden a 10.400 con 68 por ciento de neutrófilos y 27 por ciento de linfocitos. No varían los glóbulos rojos ni la eritrosedimentación.

Al día siguiente notamos también una ligera leucocitosis como consecuencia de la inyección de "Largactil" igualmente acompañada de un aumento de la proporción de neutrófilos.

El 19-4, estando la enferma visiblemente más tranquila se suprimen los inyectables continuando con 5 comprimidos por día, dosis que se reduce a tres comprimidos el 25-5, medicación que sigue tomando en la actualidad.

Caso 8: M. R. de V., de cincuenta y dos años de edad, ha estado internada anteriormente en un sanatorio particular y posteriormente en este mismo Servicio por crisis de irritabilidad que plantean serios conflictos en el medio familiar; presenta además períodos de excitación psicomotriz, motivando en una oportunidad la intervención policial. En la primera internación recibió aplicaciones de E. S. y durante su permanencia en este hospital, no hubo oportunidad de comenzar ningún tratamiento específico, pues fue retirada prematuramente por su esposo.

Cuatro días después es traída nuevamente al Servicio por la policía en un estado de intensa excitación maniaca. Ingresa el 13-4 en horas de la tarde; se le suministran 40 ctg de luminal y una ampolla de Sedol sin lograr su sedación.

El 14-4 inicia el tratamiento con 4560 RP. En las veinticuatro horas recibe 2 ampollas de "Largactil" (100 mlg) y 2 comprimidos (50 mlg). Quince minutos después de la primera inyección se calma su agitación motriz continuando su logorrea. A la media hora está mucho más calmada, somnolienta, permaneciendo en este estado durante el resto del día.

Al día siguiente observamos una leucocitosis de 8400, que dos horas después de la inyección aumenta a 10.200, acompañada de un aumento de la proporción de linfocitos; esta reacción no se confirmó en los días siguientes en los cuales se observó una leucopenia con disminución relativa de linfocitos.

La temperatura y el pulso ofrecieron

las oscilaciones ya conocidas sin particularidades dignas de mención especial.

Un registro electrocardiográfico efectuado el 16-4 antes de la inyección de "Largactil" nos muestra un trazado normal en reposo y a la hiperventilación, con un ritmo fundamental alfa de 9-10 c/s. (En esta ocasión no se evidenciaron alteraciones eléctricas como consecuencia de la serie de E. S. efectuada tres meses antes).

Una hora y media después de la inyección de 25 mg de "Largactil" se efectúa un nuevo trazado: en reposo se observa un ritmo occipital de 8 c/s entrecortado por algunas ondas más lentas de 4-6 c/s, particularmente visibles en los electrodos temporales y precentrales; la hiperventilación aumenta la amplitud y la irregularidad del trazado mientras las ondas lentas cobran mayor importancia en el transcurso de la prueba presentando además algunos accidentes más rápidos, sin llegar a adquirir las características de "sharp wake".

El 18-4 se comienza a disminuir la dosis (recibe 1 ampolla y 2 comprimidos por día) y el 20-4 se suprimen los inyectables continuando el tratamiento con 5 comprimidos. Desde el 25-4 se suministran 3 comprimidos por día, que es la dosis que recibe en la actualidad.

Caso 9: F. B., argentino, de sesenta y cinco años de edad, hace dos años tuvo su primera internación, afectado de un síndrome depresivo que cedió con electro-"shocks". Hace cuatro meses presentó un cuadro similar, y los electro-"shocks" que se efectuaron en esa oportunidad no lograron su remisión, razón por la cual fue nuevamente internado.

Se efectúa insulino-terapia y opoterapia

testicular logrando una acentuada mejoría al totalizar 30 comas hipoglicémicas. En esa situación permanece en el sanatorio a la espera de sus familiares que demoraron varios días en llegar; esta situación de espera origina en J. B. un estado de angustia particularmente intenso, insomnio rebelde y reaparición de sus contenidos vivenciales de tonalidad depresiva. Pretendiendo actuar sobre su angustia e insomnio, el 1° de abril se comienza a suministrar un comprimido de "Largactil" en el desayuno y otro después de la cena con lo cual se asiste a la desaparición de esta sintomatología, con persistencia de sus pensamientos depresivos. Se continúa con esta medicación durante siete días adicionándole posteriormente tratamiento de electro-"shocks". El 30-4 es dado de alta en remisión.

Caso 10: P. O. de S., mujer de treinta y seis años de edad, presenta desde hace un año pérdida de peso, amnesia de fijación, irritabilidad acentuada y por momentos agitación psicomotriz que motivaron su internación el 22-5-1952. Los exámenes practicados permitieron efectuar el diagnóstico de P. G. P. Se efectuó tratamiento de piretoterapia, penicilina, arsenicales pentavalentes y bismuto hidrosoluble. A los cuatro meses es retirada por los familiares en remisión parcial.

Cinco meses después, presenta un cuadro de agitación casi permanente, razón por la cual es reinternada el 9-3-1953. Dentro del establecimiento se muestra sumamente agresiva, tornando muy dificultoso su manejo.

En estas condiciones, el 24-4 se comienza a suministrar 25 mg de "Largactil" inyectable (media ampolla) por la mañana e igual dosis por la tarde.

Desde la primera inyección se modifica fundamentalmente su conducta, permaneciendo pasiva y dócil. El 29-4 se reemplazan los inyectables por 3 comprimidos por día (75 mg) y el 1-5 se suprime la medicación, conservando la enferma su pasividad hasta el presente.

En este caso, es de señalar que la paciente se encontraba permanentemente excitada desde varios meses atrás y que la administración de 4560 RP durante el breve lapso de una semana, logró una tranquilidad que persistió aún después de suprimida la droga.

Además de los casos expuestos, actualmente estamos empleando el 4560 RP en un estado de mal asmático. Se trata de una enferma de cincuenta años de edad, vieja asmática que desde quince días atrás permanece internada en un sanatorio por una intensa crisis de mal asmático que no cedió en ningún momento a todas las terapéuticas empleadas. El 5-5-1955, estando la enferma con carpa de oxígeno se le inyectaron 25 mg de "Largactil"; el cuadro cambió rápidamente y diez minutos después respiraba tranquilamente. En ese momento presentó un colapso vascular periférico y su tensión arterial máxima descendió de 18 a 9 cm. Durante el resto del día y todo el día siguiente continuó su tranquilidad. El 75 recomienza su disnea; una nueva inyección de 25 mg de 4560 RP sólo produjo una leve mejoría transitoria sin presentar los fenómenos vasculares ■

Bibliografía

1. Guiraud., Intervención en la discusión de la sesión del 25-II-1952 de la Société Médico Psychologique. *Ann. Méd. Psych.*, 1: 335, 1952.
2. Boittelle M. G. y Boittelle Lentulo C. L., Quelques remarques sur l'action du 3277 R. I P. chez les malades mentaux. *Ann. Méd. Psych.*, 2: 295, 1952.
3. Laborit H., Sur l'emploi des ganglioplégiques en pathologie obstétricale. *La Presse Médicale*, 60:140, 1952.
4. Laborit H., Huguénard P. y Allaume R., Un nouveau stabilisateur végétatif (le 4560 R. P.). *La Presse Médicale*, 60: 206, 1952.
5. Forster S., Forster E. y Maier A., L'anesthésie potentialisée en chirurgie thoracique. *La Presse Médicale*, 60: 988, 1952.
6. Deschamps A., Hibernation artificielle en psychiatrie. *La Presse Médicale*, 60: 955, 1952.
7. Ey H. y Berard., Les nouvelles techniques de sommeil dans la pratique psychiatrique. 1, *Evolution Psychiatrique* IV, 661, diciembre de 1952.
8. Sivadon P., Koechlin Ph. y Markich H., Trois observations de cure de sommeil a l'aide du 4560 RP. *Ann. Méd. Psych.*, 1:204, 1953.
9. Hamon M., Paraire y Velluz., Remarques sur l'action du 4560 RP sur l'agitation manique. *Ann. Méd. Psych.*, 1: 331, 1952.
10. Abely P., Abdouchelli A., Fourment J., Schimtz B. y Delteil P., Suites aux essais thérapeutiques de déséquilibre instinctivo-affective: essai de traitement par le bromure de tetraéthylammonium en comparaison avec le 4560 RP et le C. 92-95. *Ann. Méd. Psych.*, 2: 262, 1952.
11. Delay J., Deniker P. y Harl J. M., Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale elective (4560 RP). *Ann. Méd. Psych.*, 2: 112, 1952.
12. Delay J., Deniker P. y Harl J. M., Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernotherapie. *Ann. Méd. Psych.*, 2: 267, 1952.
13. Delay J., Deniker P. y Harl J. M., Traitement des états confusionnels par le chlorhydrate de diméthylamino-propil N-chlorophénothiazine (4560 RP). *Ann. Méd. Psych.*, octubre 2 de 1952.
14. Sizaret P. y Salomón F., Action d'un neuroplégique sympathicolitique dans les états confusionnels alcooliques *Ann. Méd. Psych.*, 1: 88, 1953.
15. Chatagnon P. y Chnoit P., Psychoplégie transitoire, resultat clinique observé dans les états d'excitation psychomotrice a la suite de l'action d'un dérivé de la phénothiazine. *Ann. Méd. Psych.*, 2:361, 1953.
16. Paraire M. J., Intervención en la discusión de la reunión del 23-II-1953 de la Société Médico Psychologique. *Ann. Méd. Psych.*, 2: 364, 1953.

lecturas y señales



LECTURAS

Rudi Dallos "Sistemas de creencias familiares" Editorial Paidós, Bs. As., 1996, 213 págs.

El autor de este libro desarrolla conceptos claves en la clínica sistémica ubicando el foco de su mirada en el modo en que las familias generan sus creencias y se organizan alrededor de las mismas.

A partir del modelo sistémico se despliega la noción de constructo, tanto para explicar los modos de funcionamiento familiares, como para dar cuenta de la posibilidad del cambio en la terapia. La familia es pensada como generadora de creencias que determinarán la mirada de los sujetos que la componen en su relación con el mundo que los rodea. Los mitos familiares congelarán las creencias, dándoles a las mismas el valor de realidad. La familia es generadora de los constructos tanto personales como interpersonales.

Se define constructo como una forma alternativa de hablar de nuestras creencias.

Los constructos familiares serán, para el autor, aquello que dará origen a la familia y, también, la puerta de entrada para el terapeuta en sus intentos de transformación de la misma.

En este libro se desarrollan ideas acerca de cómo se construyen los sistemas de creencias familiares y el modo en que los mismos determinan la conducta humana y las relaciones familiares.

En la primera parte del libro, encontramos las consideraciones teóricas y, en la última parte, se

desarrolla la implementación de los conceptos teóricos en la clínica con familias.

Los conceptos de la teoría de la comunicación humana y los aportes de las distintas escuelas de terapia familiar sistémica, son tomados como base para el desarrollo de este libro. Los conceptos de entender qué tipo de constructos maneja cada individuo, que el autor señala la posibilidad de influir para el cambio con nuestros pacientes.

Para el autor, los constructos individuales se ponen en relación determinando nuestros vínculos y, a su vez, nuestros vínculos influyen sobre nuestros constructos, modificándolos o atribuyéndoles un significado, sea éste correcto o no.

Se desarrolla la idea de que los distintos constructos personales influyen en la elección de la pareja, y que, posteriormente a la conformación de la misma, se desarrollarán una serie de constructos compartidos.

"La interacción de creencias/constructos regula las acciones de las parejas".

"La conducta y los constructos con interdependientes".

A partir del concepto anterior, se señala que los problemas que tienen las parejas giran en torno a un concepto equivocado acerca de las perspectivas que tiene cada uno.

La posibilidad de anticiparse a la conducta del otro, prediciendo sus respuestas, forma parte de las consecuencias del conocimiento de los constructos de la pareja. Es así que nuestras conductas aparecerán como una respuesta a aquello que suponemos, por nuestras creencias, conocer del otro.

La noción de niveles de significado ordenados jerárquicamente, tomada de G. Bateson, sirve al autor para comprender que cual-

quier conducta debería ser leída en un contexto significativo.

Siguiendo este modelo de pensamiento, el autor da distintos ejemplos de cómo se construyen los problemas. En relación al modo empleado para realizar las entrevistas terapéuticas, el libro parece proponer una síntesis de distintas escuelas sistémicas.

El lector que haya leído previamente a este libro otros de la misma línea teórica, podrá seguirlo fácilmente, y comprender de dónde se extraen los conceptos. Si es con este libro que se inicia en la lectura sistémica, se encontrará con la dificultad de no conocer los autores que dan lugar a las ideas del libro, teniendo que esforzarse en comprender gran cantidad de conceptos teóricos en una breve recorrida.

Andrea E. Mathov

Isidoro Beresntein y Janine Puget "Lo vincular, Clínica y técnica psicoanalítica" Editorial Paidós, Bs. As., 1996, 350 págs.

Este libro es un cruce de varios caminos. Uno de ellos señala la ruta de las áreas mentales inconscientes y sus representaciones, que no son homogéneas: distintos mundos en los que vivimos simultáneamente se representan de diferentes formas. Así se describen el mundo-espacio intrasubjetivo, el mundo-espacio intersubjetivo y el mundo-espacio transubjetivo. Otro camino recorrido es el del vínculo: ver como vinculadas entre sí tantas cosas que se nos enseñó, emocional y cognitivamente, a pensar por separado -luego dedicamos parte de nuestra vida a unir las y articularlas, cuando en realidad ya lo están-. Lo vincular es también un cruce de teoría psicoanalí-

tica ampliada desde la concepción de vínculo en las distintas clínicas correspondientes a pacientes individuales y vinculares, por un lado, y las nociones de encuadre, material, interpretación y curación, por otro. Trabajar con encuadres psicoanalíticos varios -con pacientes individuales, con pacientes pareja, con pacientes familia y con grupos- ofrece un camino de ida y vuelta: desde la sesión individual y la teoría psicoanalítica de ella derivada hacia el conjunto, y del análisis de los conjuntos vinculares y la teoría de ellos derivada al paciente individual y su teoría.

Vertex

Revista Internacional Latinoamericana de Musicoterapia.
Vol. III N° 1, 1997, 36 págs.

Con este ejemplar recibido, iniciamos el intercambio con la publicación colega editada bajo la dirección del Dr. Gregorio Tisera acompañado por Sabatino Palma, Marisel Fêkete, José Báez y Graciela Alonso, en Rosario. Un nutrido Comité Científico internacional acompaña a la Redacción que propone en este número interesantes artículos vinculando la musicoterapia con el tratamiento del Dolor Crónico y las Enfermedades Psicosomáticas.

Suscripciones: ADIMU, Boulev. Oroño, 443 (2000) Rosario, Pcia. de Santa Fe, Argentina. Fax: 54 (41) 51-5055.

SEÑALES

**Fundación
Centro Psicoanalítico
Argentino para la
Investigación en
Psicopatología clínica
Curso de Acompañamiento
Terapéutico**

Temas: Historia del acompañamiento terapéutico; El rol del acompañante terapéutico; Dife-

Calendario de eventos de Psiquiatría



CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y SERVICIOS



Congreso Mundial de Psiquiatría de Urgencia

Carácter: Internacional
Fecha: 15-10-97 al 17-10-97
Sede: Bruselas, Bélgica
Informes: Av. Córdoba 836 P.
13°, of. 1305, Buenos Aires
Tel.: 393-2891/2536

Simposio Regional Asociación Mundial de Psiquiatría

Carácter: Internacional
Fecha: 22-10-97 al 25-10-97
Sede: Santiago de Chile
Organiza: Asociación Mundial
de Psiquiatría
Informes: Av. Córdoba 836 P.
13°, of. 1305, Buenos Aires
Tel.: 393-2891/2536

XXV Congreso Interno y XXXV Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina

Carácter: Nacional
Fecha: 6-11-97 al 8-11-97
Sede: Hotel Libertador Kempinsky, Cap. Fed.
Organiza: Asociación Psicoanalítica Argentina - Centro Enrique Racker
Informes: Rodríguez Peña 1674 -
(1021) Buenos Aires
Tel.: 812-3518/0757

American Academy of Addiction Psychiatry Annual Meeting

Carácter: Internacional
Fecha: 5-12-97 al 6-12-97
Sede: San Antonio, Texas,
EE.UU.
Organiza: American Academy of
Addiction Psychiatry
Informes: 8340 Mission Road,
Suite B-4, Prairie Village, Ks
66206
Tel.: (913) 341-6680

XIV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA

Carácter: Internacional
Fecha: Abril, 23-5-97 al 26-5-97
Sede: Mar del Plata, Argentina
Organiza: Asociación de Psiquiatras Argentinos
Informes: San Martín 579, 2° P.
Bs. As., Argentina
Tel.: 393-3059/3381

151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association

Carácter: Internacional
Fecha: 30-5-98 al 4-6-98
Sede: Toronto- Canadá
Organiza: The American Psychiatric Association
Informes: The American Psychiatric Association
Tel.: 202-682-6000/ 202-682-6114
E-Mail: CGampbell@Psych.org

Si desea ampliar esta información o acceder a cualquiera de nuestros servicios CDS Janssen-Cilag:

Tel. (01) 789-7270/7246

E-mail: CDS@janar.jnj.com

Janssen-Cilag On line: 789-7272

renza entre Psicoanálisis y Psiquiatría; La externación del paciente y el lazo social.

A cargo de Adriana Toporovskaja, e invitados: A. T. Estela Sesarego, Lics. Ciciano Bega, Diego Zerba, María Massa, Luis Barbieri, Equipo del Hospital de Día Mi-

chel Foucault; Lic. Walter Audero. Los días miércoles a las 18 hs., con frecuencia semanal.

Asistencia libre y gratuita: Se otorgan certificados.

Informes: J. E. Uriburu 1345, 1er piso, Buenos Aires. Tel.: 811-4690 y 823-4941. Fax: 831-9911.