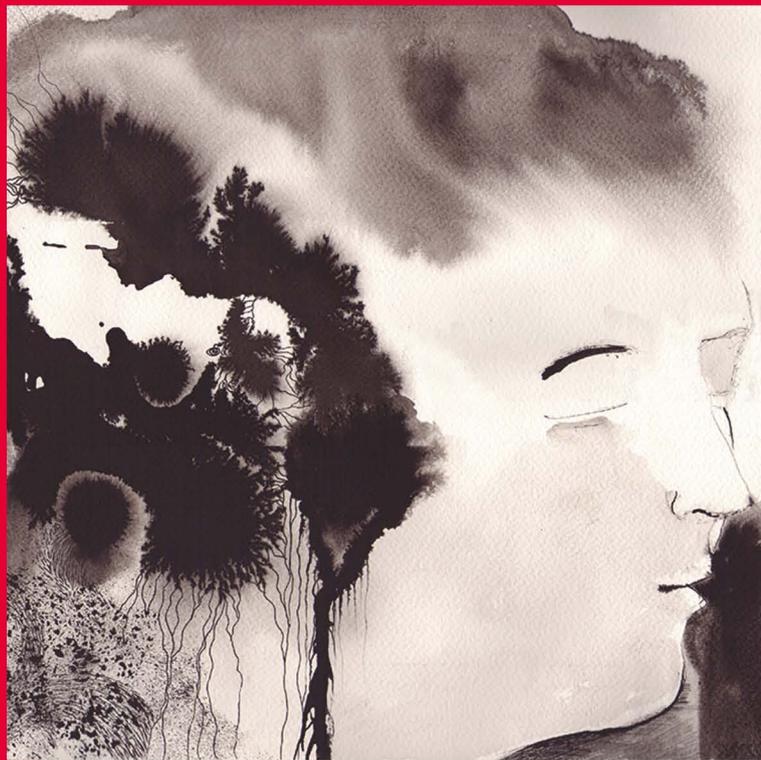




VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

134



VULNERABILIDAD

*Bekerman / Conte / Gunther / Lagos / López / Matusevich
Moreno / Pedace / Sobredo / Sosa*

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

Volumen XXVIII – Nº 134 Julio – Agosto 2017 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

134

Director:

Juan Carlos Stagnaro

Director Asociado para Europa:

Dominique Wintrebert

Secretario:

Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

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

Corresponsales

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

Corresponsales en el Exterior

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

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5

(1093), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: 54(11)4383-5291

E-mail: editorial@polemos.com.ar

www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:

Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia

Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,

(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22

Fax.: (33-1) 43.43.24.64

E-mail: wintreb@easynet.fr

Impreso en:

Adagraf

San Antonio 834, CABA

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVIII Nro. 134 JULIO_AGOSTO 2017

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

Artista: Viviana Brass
"Tramas de la memoria"
40 x 50 cm
Tinta sobre papel
Año: 2015

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

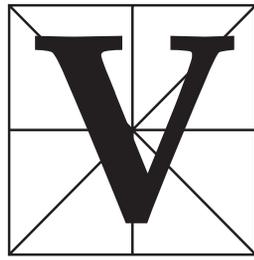
- **Ansiedad y depresión en la práctica clínica diaria**
Nicolás Héctor Noriega pág. 245
- **Memoria prospectiva objetiva y subjetiva en pacientes con esclerosis múltiple, recaídas y remisiones**
Evangelina Valeria Cores, Sandra Vanotti, Mabel Osorio, Berenice Silva, Orlando Garcea, Daniel Gustavo Politis pág. 253
- **Factores asociados con la duración de estadía y riesgo de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos: estudio de cohortes**
Daniel Serrani, Gabriela Galfetti, Cinthia Rodríguez pág. 260
- **Rabdomiólisis hipokalémica y esquizofrenia**
Natalia Fantacone, Edgardo Carísimo, Pablo Landi, Eden Del Mar Walsøe, Daniel Fadel pág. 271

DOSSIER

- VULNERABILIDAD** pág. 280
- **Del sujeto excluido al ciudadano con derechos: las nuevas conceptualizaciones en la discapacidad**
Carlos Conte, Araceli López pág. 283
- **Las mujeres somos humanas: breve guía sobre el Derecho Internacional de los Derechos Humanos para psiquiatras**
Laura Dolores Sobredo pág. 287
- **Maltrato y abuso en la vejez: veinte años después**
Belén Moreno, Mariana Pedace, Daniel Matusevich pág. 292
- **"Rosario se escapa". Salud mental y derechos de lxs niñxs y adolescentes**
Erica G. Gunther pág. 299
- **Traumatismos Sociales: Sobre la clínica y el análisis de la subjetividad**
Mariana Lagos, Silvana Bekerman, Noemí Sosa pág. 302

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Vincenzo Chiarugi. La Pazzia, sus géneros y especies: obra fundacional de la Psiquiatría Moderna**
Norberto Aldo Conti pág. 312
- **La locura, sus géneros y especies**
Vincenzo Chiarugi pág. 315
- LECTURAS Y SEÑALES**
- **Sándor Márai. Diarios 1984-1989**
Daniel Matusevich pág. 319



EDITORIAL



partir de los últimos años del siglo pasado, y muy aceleradamente en los que van transcurriendo del presente, se ha desarrollado una nueva corriente de pensamiento: el transhumanismo.

Esta ideología, que se originó, particularmente, en los EE. UU., ya cuenta con sus defensores y detractores, sus sabios y creadores y, sobre todo, con enormes recursos económicos proporcionados por empresas como Google, que financian múltiples centros de

investigación dedicados al desarrollo de su postulado central: lograr un acrecentamiento, una ampliación, un realce, de las capacidades humanas (human enhancement), gracias a la aplicación combinada de nuevas tecnologías.

El movimiento de ideas que va dando forma al transhumanismo (algunos, yendo más allá, ya hablan de posthumanismo) se está expresando en millares de publicaciones y genera apasionados debates en universidades y en el seno de influyentes círculos políticos y económicos, además de empezar a agrupar a sus cultores en asociaciones de creciente influencia internacional.

Los transhumanistas militan por el empleo de las nuevas tecnologías aplicadas a las células madre, la clonación reproductiva, la hibridación hombre/máquina, la ingeniería genética y la manipulación de embriones, con el propósito anunciado de “mejorar la condición humana”. Frente a tales proyectos que parecen surgidos de la ciencia ficción (aunque a la luz de ciertas realizaciones actuales ¿podría ser más correcto decir de la ciencia “no tan ficción”?) empiezan a delinearse dos corrientes, los que sostienen la libertad de experimentación a ultranza sin preocuparse por sus efectos, y los moderados que, aceptando que es imposible detener la ola de nuevos conocimientos y aplicaciones de los mismos, proponen regularlos política y éticamente para impedir excesos imprevisibles y hasta dañinos.

Sin embargo, la prudencia de estos últimos se ve obstaculizada porque las nuevas tecnologías, que algunos autores agrupan bajo la sigla NBIC (Nanotecnología, Biotecnología, Informática [big data, objetos de Internet] y Cognitivismo [inteligencia artificial, robótica]), como bien lo señala Luc Ferri (La révolution transhumaniste, 2016) tienen características que las vuelven muy difíciles de regular: 1) tienden a desarrollarse exponencialmente y a una velocidad formidable; 2) son difíciles de comprender en sus alcances porque los conocimientos científicos que se requieren para ello son altamente sofisticados y, por ende, escapan a la comprensión del gran público y de la mayoría de los decisores políticos y 3) cuentan con el sostén de poderosos lobbies empresariales que invierten en ellas sumas fabulosas de fondos y esperan, como es lógico de imaginar, obtener mayores ganancias a partir de las mismas.

Los posibles efectos de esa revolución en las posibilidades de modificación de la vida humana abren múltiples interrogantes: ¿se abrirá un futuro mejor para toda la humanidad o los eventuales beneficios quedarán restringidos, leyes del mercado mediante, para los que puedan acceder a ellos económicamente?, ¿habrá un brecha más profunda entre los poderosos del centro del mundo y los pobres de su periferia?, ¿lo que sus más apasionados defensores proponen proveerá solo soluciones o desencadenará nuevos riesgos insolubles para las futuras generaciones del homo sapiens?...

La presencia de estos datos en el escenario cultural del presente, en la medida que interpela la condición humana poniéndola en tránsito (trans) hacia una transformación en algo distinto (post) a lo que somos, pondrá en tensión en un futuro probablemente más cercano del que se pueda imaginar hoy las prácticas y hasta las mismas bases en las que se funda el quehacer de los médicos y, en especial, de los psiquiatras. ■

Juan Carlos Stagnaro

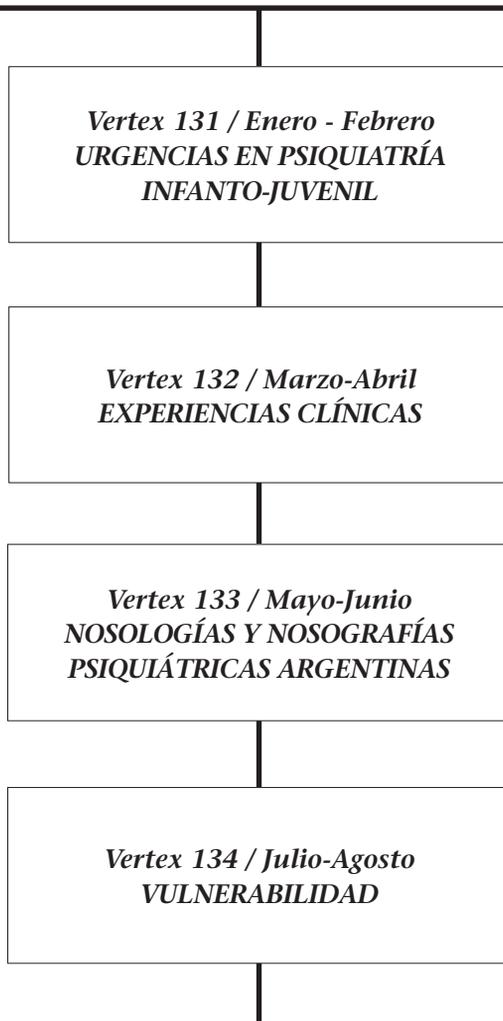
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

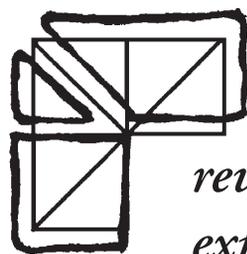
Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2017





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Ansiedad y depresión en la práctica clínica diaria

Nicolás Héctor Noriega

*Médico Psico-Immuno-alergista
Magister en Psiconeuroinmunoendocrinología
E-mail: nicolasnoriega@arnet.com.ar*

Resumen

La ansiedad y la depresión constituyen dos entidades clínicas muy importantes, no sólo en la salud mental, sino también en la salud y en la enfermedad en general. Ambas son soslayadas en la mayoría de los ámbitos sanitarios, psiquiátricos y no psiquiátricos. El objetivo central de esta revisión es referenciar trabajos que muestren la importante asociación existente entre ansiedad - depresión y diversas enfermedades, divididas para este manuscrito en especialidades según la fuente bibliográfica de la cual se obtuvieron los artículos. Además, en base a la información obtenida del trabajo de revisión, consideramos que los profesionales psiquiatras y no psiquiatras se beneficiarían de considerar a la ansiedad y la depresión en su consulta diaria. Su propuesta terapéutica, si adoptaran este enfoque, podría cambiar los resultados y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este estudio de revisión fue realizado con los aportes imprescindibles de la psiconeuroinmunoendocrinología.

Palabras clave: Ansiedad - Depresión - Salud - Salud Mental - Psiconeuroinmunoendocrinología.

ANXIETY AND DEPRESSION IN DAILY CLINICAL PRACTICE

Abstract

Anxiety and depression are two important clinical entities associated not only with mental health, but to health and illness in general. However, professionals in most of the non-psychiatric health settings avoid referring to either one. The prime objective of this work is to review publications showing the important correlation between anxiety and depression and various diseases. For the purpose of this study, diseases were divided into specialties, taking into account the bibliographical sources of the articles cited. Based on the information provided by this review, physicians -psychiatry specialists or not- should permanently consider anxiety and depression as important factors when dealing with patients in their daily consultation. Their therapeutic proposal after adopting this approach may lead to a radical change in results, noticeably improving patients' quality of life with the beneficial effects derived from the treatments implemented. This review was conducted with the contributions of scientific psychosomatics and psychoneuroinmunoendocrinology (PNIE).

Keywords: Anxiety - Depression - Health - Mental health - Psychoneuroinmunoendocrinology.

Introducción

Frecuentemente en la atención de pacientes con las más diversas patologías somáticas se soslayan peligrosamente la sospecha, el diagnóstico y el tratamiento de la ansiedad (A) y la depresión (D), entidades asociadas ya desde el comienzo de la enfermedad (siendo una parte más de los disparadores involucrados), o que surgirán a lo largo de la evolución de la misma.

Resulta importante diferenciar ansiedad y depresión de *stress*. Cada término tiene una acepción diferenciada y precisa. Definimos la palabra **estrés**, según la Real Academia Española, como la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves (1). El estrés, en sus niveles leve – moderado – grave, es un poderoso desencadenante de ansiedad y depresión. Por su parte, la **ansiedad** es un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro externo o interno (2). **Depresión** es un término que puede tomar significados diversos en psiquiatría. En primer lugar, puede ser un síntoma consistente en un sentimiento patológico de tristeza o abatimiento; en segundo lugar, un síndrome en el cual ese síntoma es generalmente esencial; y por último, cuando se une a un adjetivo que indica la eventual etiología o característica del síndrome, una enfermedad (3).

Usualmente, tanto en el *mundo psi* como en el de la clínica médica general y sus distintas especialidades, el término estrés engloba los términos ansiedad, depresión y trastornos del estado de ánimo. El **estado de ánimo** puede definirse como una emoción sostenida y persistente, experimentada y expresada de forma subjetiva por el paciente y observada por otros; entre sus ejemplos se incluyen la depresión, la euforia y la ira (4).

Una pregunta que surge del uso de estos vocablos es qué relación existe entre estrés, ansiedad y depresión. Pues bien, el estrés es un poderoso desencadenante tanto de depresión como de ansiedad, se constituye en la situación previa a ellos, siendo imposible vivir sin estrés. Con frecuencia ansiedad, depresión y estrés coexisten.

Es importante sospechar ansiedad, depresión y/o trastornos del estado de ánimo en nuestros consultorios y en la atención diaria de pacientes (ya sean pacientes psiquiátricos o no), dado que el diagnóstico y abordaje de estas problemáticas cambia radicalmente la propuesta terapéutica. Los resultados de los tratamientos instaurados serán muy diferentes si se tienen en cuenta estos síntomas (sobre todo ante patologías somáticas), redundando en una mejor calidad de vida de nuestros pacientes. Al decir de una colega mexicana "*Depresión y ansiedad son temas de interés no sólo para psiquiatras*" (5).

El objetivo central de esta revisión es, entonces, aportar bibliografía actualizada que demuestre la íntima asociación existente entre ansiedad, depresión y las distintas patologías médicas. Es importante destacar que el presente trabajo es de interés tanto para los médicos que trabajan en psiquiatría como para aquellos que trabajan con pacientes no psiquiátricos, siendo menester conocer los efectos deletéreos de no detectar o ignorar la presencia de ansiedad y depresión.

Este trabajo de revisión fue realizado bajo los aportes de la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), paradigma que provee los conceptos y mecanismos para estudiar y explicar las relaciones mente-cuerpo, integrando factores sociales, comportamentales y somáticos que influyen tanto la salud como la enfermedad y la muerte (6). La PNIE es un constructo fisiopatológico que integra los sistemas inmune, neurológico, endocrinológico y comportamental, siendo la base para entender muchos mecanismos internos o metabólicos hasta hoy desconocidos, como por ejemplo la interacción cuerpo-mente.

Los manuscritos revisados para este trabajo fueron extraídos de RIMA (Red Informática de Medicina Avanzada) perteneciente a la Biblioteca de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Asociación entre ansiedad, depresión y las distintas enfermedades según especialidades

Los manuscritos y trabajos científicos de interés en este trabajo serán a continuación ordenados y expuestos de acuerdo a algunas de las distintas especialidades médicas existentes. El objetivo de esta presentación consiste en mostrar las distintas patologías médicas que pueden padecer las personas, su vinculación con ansiedad y depresión, y los beneficios terapéuticos derivados la sospecha, el diagnóstico y el tratamiento conjunto de las mismas.

Remarcamos que tanto ansiedad como depresión deben ser sospechadas, diagnosticadas y tratadas por el equipo de salud, ya sea que se trate de psiquiatras o de médicos clínicos. Esta actitud redundará positivamente en el resultado final del trabajo médico-psicológico instaurado y en la calidad de vida de nuestros pacientes, objetivo último de nuestro trabajo como terapeutas.

A continuación, distintas enfermedades en asociación con ansiedad y depresión, clasificadas en sistemas o aparatos, similarmente a como las personas se acercan a la consulta, ya sea psiquiátrica o de clínica médica.

Asociación entre ansiedad, depresión y enfermedades inmuno-alérgicas

Las enfermedades alérgicas se encuentran entre las principales causas de cronicidad de las enfermedades. Suelen coexistir con la presencia importante de ansiedad y depresión, llegando incluso algunos pacientes afectados por las mismas al suicidio (7). Estudiando la relación existente en pacientes alérgicos al veneno de insectos se observó que, los pacientes tratados con inmunoterapia específica (IE) presentaron bajos niveles de ansiedad y depresión, en comparación con aquellos a quienes no se les realizó IE o se trató sólo con adrenalina ante una picadura de insecto (8). Un estudio con pacientes asmáticos demostró que la prevalencia de ansiedad y depresión y la severidad del asma estaban correlacionados significativamente con el control de la misma (9). A los pacientes alérgicos y con ansiedad comórbida, sí se les realizan pruebas de hipersensibilidad a antígenos (rinitis alérgica), los resultados son más importantes, siendo

necesario además tener en cuenta a la ansiedad a la hora de diseñar una propuesta terapéutica (10). En un estudio prospectivo a 10 años en pacientes con enfermedades respiratorias (ER) se encontró una asociación entre ER y ansiedad y depresión, con una alta prevalencia de ambas en este grupo de pacientes (11). Se realizó un reporte en el cual se demostraron altos índices de ansiedad y depresión en pacientes que sufrían enfermedades alérgicas crónicas de la piel. Además, a aquellos pacientes que presentaron altos scores en un test auto-administrado para ansiedad y depresión, se los protegía contra el desarrollo de enfermedades psicosomáticas futuras (12). Estudiando niños con urticaria idiopática crónica (UIC), se evidenciaron altos índices de ansiedad, depresión y otras comorbilidades psiquiátricas, ante lo cual se postuló que los niños afectados con UIC deberían ser abordados interdisciplinariamente (13). Se evaluaron los grados de ansiedad en niños con alergia alimentaria y se no se encontraron altos niveles de ansiedad, aunque sí en sus madres, además de una tendencia a padecer trastornos de pánico. A partir de esto se sugiere que, frente niños con esta patología, se evalúen comorbilidades psiquiátricas en los familiares, tanto adultos como niños (14). Otro estudio sobre la relación entre atopía (alergia) y depresión encontró evidencia de aporte potencial de la enfermedad alérgica a la depresión. Se sugirieron estudios posteriores para investigar si esta depresión es anterior o consecuencia de la presencia de la enfermedad (15). Aún cuando es generalmente aceptado que ansiedad y depresión son más comunes en pacientes asmáticos que en población general, las consecuencias prácticas de esta relación permanecen débiles, lo que conduciría a proponer nuevos trabajos que certifiquen esta asociación (16). Estudiando pacientes asmáticos gemelos se encontró asociación con ansiedad y depresión, pero no así en su descendencia, también asmáticos (17). Realizando test de control biológico en pacientes asmáticos jóvenes y utilizando escalas de medición de ansiedad y depresión se concluyó que el primero es una buena herramienta para mejorar la calidad de vida de los asmáticos y aún mejor se le agregan datos sobre ansiedad y depresión (18). Son comunes ansiedad y depresión en pacientes que presentan clínicamente molestias similares a síndrome de colon irritable atribuido a alergia alimentaria (19). Hay síntomas depresivos asociados con asma del adulto, independientemente de los síntomas de ansiedad. Además, la depresión mayor se encuentra asociada a una menor respuesta respiratoria a broncodilatadores (20). En pacientes con asma, ansiedad y depresión afectan adversamente la calidad de vida, lo cual sugiere que tratando estas comorbilidades psiquiátricas la calidad de vida de estos pacientes aumentaría considerablemente (21). Otro trabajo en pacientes asmáticos determinó una relación bi-direccional entre asma y trastornos de ansiedad, independientemente de otros factores (22). La interacción entre ansiedad, depresión y rinosinusitis crónica existe; la presencia de las primeras puede ser un factor que modifique la severidad de la enfermedad, convirtiendo a la misma en incontrollable (23). La interacción genética entre genes transportadores de serotonina, el

factor neurotrófico y el receptor 1 neuropéptido S, incrementan el riesgo de ansiedad y depresión en pacientes asmáticos (24).

Asociación entre ansiedad, depresión y enfermedades otorrinolaringológicas

El estrés psicológico (ansiedad y depresión) tiene un fuerte y persistente impacto en la rinitis alérgica (RA); cuando éste se controla, mejoran los síntomas de la RA y la calidad de vida evoluciona favorablemente (25). Se estudió la co-morbilidad de ansiedad y depresión asociada en pacientes con tinnitus. Se encontraron altos índices de ansiedad y depresión en estos pacientes, aconsejándose que ansiedad y depresión sean considerados dentro del tratamiento del tinnitus (26).

Asociación entre ansiedad, depresión y enfermedades obstétricas

En un estudio realizado en madres biológicas y adoptivas se observó que ambas presentaban niveles similares de depresión. Además, las madres adoptivas experimentaron pocos síntomas de ansiedad inicialmente, aunque a largo plazo experimentaron sí síntomas de depresión. Como resultado final se concluyó que las madres adoptivas o no, deberían ser rutinariamente controladas en su ansiedad y depresión, especialmente frente situaciones estresantes tales como: insomnio, historia de infertilidad, desórdenes psicológicos anteriores, insatisfacción marital (27). Estudiando niveles de ansiedad y depresión en pacientes parturientas en Australia, se encontraron altos índices de las mismas. Se recomendó hacer fuerte hincapié en el soporte social de las madres para evitar situaciones de ansiedad y depresión posteriores al parto (28). Las pérdidas pre-natales, las muertes fetales, el nacimiento de niños muertos durante el embarazo están asociados significativamente con ansiedad y depresión. Por ende, todas las intervenciones tendientes a la detección temprana de depresión y ansiedad que se realicen en la mujer embarazada con estos antecedentes y cursando embarazo de alto riesgo, serán de mucha utilidad (29). Otro artículo estudia una gran población de mujeres que experimentaron abortos espontáneos o embarazos ectópicos en asociación con trastornos de estrés postraumático, asociando éste último a trastornos severos de ansiedad y trastornos depresivos menores. Estas co-morbilidades psiquiátricas persistieron por al menos 3 meses posteriores a la pérdida del embarazo (30).

Asociación entre ansiedad, depresión y enfermedades reumatológicas

Estudiando la prevalencia y el correlato de ansiedad y depresión en pacientes con artritis, los investigadores concluyeron que la ansiedad es más frecuente que la depresión. Además sugieren que deben realizarse protocolos para tratamiento de artritis que incluyan el diagnóstico y el tratamiento coadyuvante de ansiedad y depresión (31). En otro estudio realizado se determinó que la depresión

se asocia con un incremento del riesgo para padecer enfermedades auto-inmunes (artritis). El abordaje conjunto de la depresión redundaría en un beneficio para el tratamiento de estas enfermedades auto-inmunes (32).

Asociación entre ansiedad, depresión y enfermedades cardiovasculares

Relacionando ansiedad y depresión con rigidez arterial, se concluyó que ambas están fuertemente asociadas a los cambios morfológicos de las arterias. La frecuente exposición a ansiedad y depresión de los vasos sanguíneos puede incrementar el desarrollo y la progresión de aterosclerosis y otras condiciones cardiovasculares (33). Una revisión concluyó que la depresión es un estado que puede incrementar el riesgo de enfermedad cardíaca, estableciendo que los marcadores inmunológicos (IL-1, IL-6, TFN) de la inflamación sin un apropiado marcador de la depresión son poco útiles en la recuperación de la enfermedad cardiovascular (34). Se halló evidencia suficiente para que la Asociación Americana del Corazón eleve a la depresión al estado de factor de riesgo en pacientes con síndrome agudo coronario (35). En pacientes con enfermedad cardiovascular son pre-existentes ansiedad y depresión en un promedio de 17 años anteriores, independientemente de la predicción de internaciones. Estas dos condiciones actúan sinérgicamente, incrementando en estos pacientes el cuidado de su condición CV (36).

Asociación entre depresión, inmunidad y sistema PNIE

Veinte años de progresos y descubrimientos han llevado a asociar definitivamente los trastornos depresivos con el sistema inmunitario (SI), siendo la interacción entre el cerebro y la inmunidad un componente esencial en psiquiatría y en las co-morbilidades médicas, como así también en su impacto en la salud y en la enfermedad en general (37). Integrar los conceptos de la PNIE de la depresión, nos conduciría a la innovación de la investigación y terapéutica de la depresión y sus co-morbilidades médicas, a la vista de la estrecha relación existente entre depresión, SI y la endocrinología (PNIE) (38). El stress crónico actúa como disparador de ansiedad y depresión, con cambios en las citoquinas y glucocorticoides, lo que contribuye a los cambios comportamentales asociados a la D. La hipótesis inflamatoria de la depresión es un elemento que incrementa el uso de drogas psicotrópicas con acción central anti-inflamatoria, generando quizás nuevos antidepressivos en la industria farmacéutica (39). Estrés y depresión aumentan consistentemente la inflamación y sus consecuencias, lo cual sucede en personas angustiadas, ocurriendo también la situación recíproca. La inflamación es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y síndrome metabólico, por lo tanto se debería investigar la relación existente entre estrés, depresión, inflamación y personas preocupadas

(40). Relacionando PNIE con genética, ambiente, estrés y depresión, y promoviendo el conocimiento de los mecanismos subyacentes entre estos factores, se podría contribuir significativamente a tratamientos más efectivos y a la prevención estratégica en la interfaz entre estrés y depresión (41). Trabajando con roedores a los cuáles se les lesionó la médula espinal, se observó que la ansiedad y depresión se debían no sólo a la lesión en sí misma sino también a la activación del sistema inflamatorio producto de la lesión (42).

Ansiedad, depresión y enfermedades dermatológicas

La estomatitis aftosa y el liquen plano oral aún hoy son de etiología dudosa. Estudiando estas enfermedades se observó una alta correlación con estrés, ansiedad y depresión, aporte que agregaría luz al origen de las mismas (43). Estudiando pacientes con dermatitis atópica se observó que las mujeres presentaban mayores índices de ansiedad y depresión (44). Otro estudio evidencia un enlace entre estresores emocionales y enfermedades dermatológicas (psoriasis, dermatitis atópica, urticaria, herpes, vitíligo, acné, alopecia, prurito), estando involucrados en su patogénesis diferentes citoquinas, mediadores químicos y neurotransmisores, jugando un rol muy importante el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (45). Un estudio investigó la relación entre prurito y depresión, evaluando pacientes que presentaban altos niveles de prurito en enfermedades tales como psoriasis, dermatitis atópica y urticaria idiopática crónica. Se evaluó depresión con la escala de Carroll, observándose una correlación directa entre la severidad del prurito y el grado hallado de depresión, concluyéndose que, el estado encontrado de depresión puede predecir los límites o la severidad del prurito (46). Una revisión los autores enfatiza que un gran grupo de enfermedades dermatológicas (psoriasis, rosácea, dermatitis atópica, urticaria idiopática crónica, alopecia areata y acné) son exacerbadas por el stress psicosocial y se presentan en co-morbilidad con desórdenes psiquiátricos, entre los cuáles está presente el trastorno depresivo menor (47). Otro artículo hace referencia a que está bien reconocido que durante el curso de muchas enfermedades dermatológicas se evidencian complejas interacciones recíprocas entre factores biológicos, psicológicos/psiquiátricos y sociales y que estas interacciones pueden predisponer, precipitar o perpetuar las enfermedades dermatológicas antes mencionadas (48). Un artículo muestra dos pacientes con historia de urticaria idiopática crónica en conjunción con trastorno de pánico, respondiendo ambos pacientes favorablemente al empleo de fluoxetina y sertralina, destacando este trabajo que ambos pacientes habían requerido previamente el uso sistémico y prolongado de corticoterapia (49). En el 70% de los pacientes con urticaria idiopática crónica (UIC) la causa de la misma no es identificable asertivamente. Por lo tanto, se propone al síndrome de stress postraumático como disparador de los síntomas de la UIC (50).

Ansiedad, depresión y trasplantes

Se estudió en candidatos a trasplante hepático la importancia de ansiedad y depresión y otros factores psicosociales. Los resultados hallados muestran una alta prevalencia de desórdenes mentales (ansiedad y depresión) en pacientes receptores de trasplantes, concluyendo además que la depresión y las estrategias de afrontamiento influyen en los tratamientos instaurados, siendo menester proveer herramientas psicoterapéuticas para afrontar las intervenciones en estos pacientes (51). En otro estudio, se evaluaron ansiedad y depresión en donantes y receptores de trasplantes de riñón. Se observó que la ansiedad es el síntoma más importante en ambos grupos. Con la cirugía hubo una tendencia hacia la baja de la ansiedad en los receptores. La depresión fue más prevalente en los receptores. Y tanto los receptores como los donantes mantuvieron estos perfiles luego de la cirugía (52).

Ansiedad, depresión y fertilidad

Realizando un estudio prospectivo sobre ansiedad y depresión en mujeres infértiles y fértiles que deseaban preservar su fertilidad, se observó que aquellas pacientes a las cuales se les trataba de preservar su fertilidad, los niveles de ansiedad y depresión eran mayores que en las mujeres infértiles. Sin embargo, en las pacientes infértiles la ansiedad y depresión se iban incrementando durante el tratamiento al que eran sometidas. El estudio en cuestión aconsejó que tanto a las mujeres que eran sometidas a tratamientos de preservación de la fertilidad como a las infértiles, se les provea apoyo psicológico tratando de identificar y tratar ansiedad y depresión (53).

Depresión en el uso de medicamentos

En pacientes con hepatitis C tratados con interferón gamma y ribavirin, se encontraron altos índices de depresión. Además, estos pacientes estudiados habían padecido depresión mayor, lo que indicaría que deberían ser evaluados y dirigidos hacia una evaluación neuropsiquiátrica como para parte de su tratamiento (54).

Ansiedad y depresión en salas de emergencias médicas

Realizando una investigación en salas de emergencias médicas los pacientes presentan frecuentemente ansiedad y depresión, pero estos síntomas son pobremente detectados por los médicos tratantes, lo que en ocasiones afecta la utilidad de la intervención de los profesionales de la salud (55).

Ansiedad y depresión en oncología

Pacientes sobrevivientes en cánceres de mama fueron estudiadas en calidad de vida y presencia de ansiedad. Se

concluyó que la ansiedad y auto-exigencias personales son factores importantes a tener en cuenta en la supervivencia de estas pacientes (56). Otro estudio evaluó pacientes con cáncer de mama y su relación de optimismo con ansiedad y depresión. Se concluyó que especialmente las mujeres con alto nivel de pesimismo presentaron mayores riesgos para altos niveles de ansiedad y depresión, lo que impactó negativamente en la calidad de vida durante el curso de la enfermedad. Esto indicaría que es más importante no ser pesimista que ser optimista ante el tratamiento instaurado (57). Pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio a alto y diagnóstico recurrente de depresión son más reacios a someterse a tratamientos definitivos y experimentan peor supervivencia en general. El rol de la depresión en el tratamiento del cáncer de próstata requiere de más fuertes estudios, dado que ambas entidades son comunes en varones en los Estados Unidos (58). La ansiedad y la depresión durante los primeros años posteriores al diagnóstico del cáncer de mama son a menudo la causa de la recurrencia de estos estados, con lo cual un estudio enfatiza la búsqueda de factores predisponentes de ansiedad y depresión en los años posteriores al diagnóstico de cáncer de mama para evitar recaídas (59).

Ansiedad y depresión en adolescencia

El maltrato en adolescentes se asoció con altos niveles de ansiedad y depresión, elementos que fueron muy importantes posteriormente para el desarrollo de enfermedades mentales (60). Realizando un test de control de asma en pacientes jóvenes se observó que el monitoreo de variables como el insomnio, la ansiedad y la depresión, fueron una importante herramienta de control para lograr una buena calidad de vida de los mismos en relación con su enfermedad. Insomnio, ansiedad y depresión fueron determinantes en la calidad de vida de los pacientes asmáticos, finalizando el estudio en cuestión con el consejo de que para una mejor calidad de vida en estos pacientes, se debían tener en cuenta todas estas variables (61).

Ansiedad y depresión en pacientes con fibrosis quística

Se examinó la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes adolescentes con fibrosis quística y en sus cuidadores, concluyendo que era necesario realizar un cribado en estos grupos para ansiedad y depresión, pues su presencia era significativa (62).

Ansiedad, depresión y síndrome metabólico

Estudiando pacientes con síndrome metabólico, los resultados obtenidos demostraron significativamente una asociación con la dimensión ansiedad, no así para la dimensión afectos negativos ni para la dimensión depresión específica (63).

Ansiedad y depresión en la medicina general

El reconocimiento de los índices de ansiedad y depresión en la práctica médica general es bajo, a pesar de la importante prevalencia de ambas, por lo que en un estudio se aconseja considerarlas en el contexto de la medicina general de la atención primaria de la salud (64). Ansiedad y depresión tienen una alta incidencia en la adultez y están asociadas con una reducida calidad de vida. Realizando un estudio del seguimiento de ambas a dos años, se encontró que intensificando la atención en la prevención de ansiedad y depresión, no fueron tan exitosos los resultados a un año como a los dos años, en términos de calidad de vida (65). Los ataques de cólera son comunes entre pacientes con desórdenes depresivos y de ansiedad, teniendo ambas un impacto negativo en la calidad de vida de quienes las padecen (66). Los síntomas depresivos son comunes en pacientes con enfermedad obstructiva pulmonar crónica y son pobremente tratados en muy pocos pacientes, estando además la depresión asociada a una mayor mortalidad dentro de los 3 años posteriores a su diagnóstico (67). Se estudiaron 8 marcadores plasmáticos en pacientes, encontrándose fundamentalmente un incremento en el HDL y bajos los niveles de LDL ante la presencia de ansiedad y depresión (68).

Ansiedad y depresión en enfermedades endocrinológicas

Desórdenes psiquiátricos como ansiedad y depresión son comunes en pacientes con disfunción tiroidea, concluyendo que, a partir de esta asociación encontrada, se recomienda el tratamiento conjunto de las disfunciones tiroideas y de las alteraciones co-mórbidas psiquiátricas (69).

Se estudiaron pacientes con ovario poliquístico, encontrándose que tuvieron índices promedio más altos de ansiedad y depresión que mujeres que no padecían tal afección (70).

Ansiedad y depresión en enfermedades gastroenterológicas

En un trabajo realizado en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria activa (colon irritable) se concluyó que deberían ser estudiados en pacientes los estados de ansiedad y depresión (71).

Ansiedad y depresión en odontología

Existe una comorbilidad estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión y la presencia de miedo en las intervenciones dentales (72).

Ansiedad y depresión en pediatría-neonatología

Factores tales como la preocupación por la introducción del aporte suplementario de leche y la ansiedad materna contribuyen negativamente en la discontinuación de la lactancia en niños con bajo peso al nacer (73).

Discusión

Este trabajo nace de la inquietud que surge del trabajo diario con pacientes somatizadores, aquellos que colocan en su cuerpo angustia, ansiedad o depresión, y por diversos motivos que escapan a este trabajo no relacionan su sufrimiento físico con alteraciones en su aparato psíquico. Más grave y preocupante aún, resulta el hecho de que con frecuencia se inician tratamientos médicos costosos e invasivos, sin tener en cuenta ni sospechar ansiedad y depresión, dejando de lado también la estrecha relación existente entre psiquismo, comportamiento, hormonas, sistema inmune, etc., tal cual lo postula la PNIE. Este abordaje moderno, menos agresivo, más eficaz, más humanizado, más integrador, viene a realizar los aportes celulares, moleculares necesarios para dejar en evidencia que nuestro cuerpo es tanto materia como alma, somos mente-cuerpo en unidad material y energética. Decimos esto no entrando en la charlatanería ni en el esoterismo, sino afirmándolo cabalmente desde los postulados integradores de la PNIE.

Hoy en día es harto frecuente asistir a la consulta médica con diversas dolencias y encontrarse con profesionales poco idóneos en el abordaje de las personas desde este paradigma, el de la complejidad y la integración. Algunos colegas ven y observan a la persona humana como una máquina, olvidándose que esta persona piensa, sufre y tiene emociones, las cuales incidirán sobre las intervenciones médicas o psicológicas a favor o en contra de la recuperación de la salud.

He querido mostrar sólo algunos artículos que hacen referencia a la estrecha relación existente entre enfermedad médica, ansiedad y depresión, postulando desde este humilde aporte que no debemos olvidarnos ni subestimar la importancia de las emociones, de la ansiedad, de la depresión. Abordar conjuntamente dolencia física con dolencia psíquica en un mismo acto médico es la medicina de hoy y la del futuro. Es una temática que debería ser colocada y polemizada en todo nuestro sistema de salud y en nuestros consultorios diariamente. No debemos olvidar tampoco que este tema debería estar en las currículas de formación de nuestros distintos integrantes del equipo de salud. Emociones, ansiedad y depresión son hoy el futuro de nuestra medicina.

No creemos necesario abordar la neurobiología de la ansiedad y la depresión, ni de las emociones. El objetivo central de esta revisión es sólo mostrar algunas de las muchas enfermedades en las cuáles ansiedad y depresión y emociones operan y sobre las cuáles también debemos trabajar.

Conclusiones

A medida que la depresión sigue un curso crónico o recurrente, los pacientes pueden quedar expuestos a largo plazo a mal funcionamiento neuro-endócrino, hiper-cortisolemia y al riesgo resultante de deterioro cognitivo si no reciben tratamiento (74).

Como ha sido demostrado bibliográficamente en los varios artículos anteriormente citados la asociación entre somatizaciones, enfermedad médica, ansiedad, depresión, estrés y emociones es indiscutible. Esto no hace más que certificar la plena vigencia de que, frente un paciente, el abordaje debe ser doble: físico y mental, sea física o mental a su vez la dolencia que lo trae a la consulta. No se debe soslayar ningún aspecto de lo físico o lo mental por la causa que nos consulta, se debe abordar al paciente integralmente como persona.

No debemos olvidar tampoco el nuevo paradigma de

la PNIE, tan útil y certero a la hora de mostrarnos cómo funciona el entramado biológico que es nuestro cuerpo y cómo abordar la enfermedad.

Ansiedad, depresión, estrés y estados de ánimo deberían ser materias imprescindibles en todas las escuelas de salud de la Argentina.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que en este trabajo no hay conflicto de intereses de ninguna índole ni de ningún tipo. ■

Referencias bibliográficas

- Diccionario Real Academia Española.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, pág. 314. 1995.
- Vázquez G. *Trastorno del estado del ánimo*. Buenos Aires, Ed. Polemos: pág. 14, 2013.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana, pág. 314. 1995.
- Segura Méndez NH, Guillen Rocha NL, Silva Perea J, Vázquez Estupiñán F. *Evaluación de ansiedad y depresión en pacientes con inmunodeficiencia común variable en el servicio de Alergia e Inmunología Clínica Centro Médico Nacional Siglo XXI*, México DF, México 2011. p.30.
- Ray O. The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: A new paradigm for understanding health and treating illness. *Ann NY Acad Sci* 2004; 1032: 35-51.
- Kólves K, Barker E, Debo D. Allergies and suicidal behavior: A systematic literature review. *Allergy Asthma Proc* 2015; 36: 434-438.
- Finders S, Craig T. The relationship between insect sting allergy treatment and patient anxiety and depression. *Allergy Asthma Proc* 2014; 35: 260-264.
- Trzcinska H, Przybylski G, Kozłowski B, Derdowski S. Analysis of the relation between of asthma control and depression and anxiety. *Mel Sci Monit* 2012; 18(3): CR 190-194.
- Heffner KL, Kiecolt-Glaser JK, Glasser R, Malarkay WB, Marshal GD. Stress and anxiety effects on positive skin test response in young adults with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 113:13-18.
- Goodwin RD, Scheckner B, Pen L, Feldman JM, Taha F, Lipsitz JD. A 10-year prospective study of respiratory disease and depression and anxiety in adulthood. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 113: 565-570.
- Ponarovsky B, Amital D, Lazarov A, Kotler M, Amital H. Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *Int J Dermatol* 2011; 50: 1217-1222.
- Hergüner S, Karakoc S, Tamay Z, Tüzün U, Tüzün Ü, Güllen, N. Levels of depression, anxiety and behavioral problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol* 2011; 164: 1342-1347.
- Petrovic-Doval, L, Faurnight T, White AM, Zeiger T, Bansal PS, Garg N et al. Degree of anxiety in food allergic children in a tertiary care center. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2016; 116: 528-532.
- Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Jacka FN, Berk M, Maes M et al. Atopic disorders and depression: Findings from a large population-based study. *J Affect Disord* 2014; 155: 261-265.
- Di Marco, F, Santus P, Centanini S. Anxiety and depression in asthma. *Curr Opin Pulm Med* 2011; 17: 39-44.
- Tedner SG, Lundholm C, Olsson H, Almquist C. Depression or anxiety in adult twins is associated with asthma diagnosis but not with offspring asthma. *Clinical Exp Allergy* 2016; 46: 803-812.
- Sundbom F, Malinowski A, Lindberg E, Alving K, Janson Ch. Effects of poor asthma control, insomnia, anxiety and depression on quality of life in young asthmatics. *J Asthma* 2016; 53(4):398-403.
- Lillestol K, Berstad A, Ragna Lind RN, Floorvaag E, Lied GA, Tangen T. Anxiety and depression in patients with self-reported food hypersensitivity. *General Hospital Psychiatry* 2010; 32: 42-48.
- Han YY, Forno E, Marsland AL, Miller G, Celedón JC. Depression, asthma and bronchodilator response in a nationwide study of US adults. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2016; 4: 68-73.
- Urrutia I, Aguirre U, Pascual S, Esteba C, Ballaz A, Arrizubicha I et al. Impact of Anxiety and depression on disease control and quality of life in asthma patients. *J of Asthma* 2012; 49: 201-208.
- Lee Ych, Lee Cht, Lai YR, Chen VCh-H. Association of asthma and anxiety: A nationwide population-based study in Taiwan. *J of Affective Disorders* 2016; 189: 98-105.
- Tomljenovic D, Pinter D, Kalogjera L. Perceived stress and severity of chronic rhinosinusitis in allergic and non-allergic patients. *Allergy Asthma Proc* 2014; 35: 398-403.
- Yang Y, Zhao m, Zhang Y, Shen X, Yuan Y. Correlation of 5-HTT, BDNF and NPSR1 gene polymorphism with Anxiety and depression in asthmatic patients. *Int J Mol Med* 2016; 2-10.
- Audino P, La Grutta S, Cibella F, Melis MR, Bucchier S, et al. Rhinitis as a risk factor for depressive mood in pre-adolescent: A new approach to this relationship. *Pediatr Allergy Immunol* 2014; 25: 360-365.
- Motaal Goma MA, Abo Elmagd MH, Elbadry MM, Abdel Kader RM. Depression and anxiety and stress scale in patients with tinnitus and hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014; 27: 2177-2184.
- Mott SL, Schiller CE, Richards JG, O'Hara MW, Stuart S. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14: 335-343.
- Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health* 2010; 10: 771-782.
- Blackmore ER, Cote-Assenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 373-378.
- Farren J, Jalmbroton M, Ameye L, Joash K. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2016; 6:e011864.
- Muyphy LB, Sacks JJ, Brady TJ, Hootman JM, Chapman DP. Anxiety and depression among US adults with arthritis: Prevalence and correlates. *Arthritis Care & Research* 2012; 64(7):968-976.
- Andersson NW, Gustafsson LN, Okkels N, Taha F, Cole SW, Jorgensen PM et al. Depression and the risk of auto-immune disease: A nationally representative prospective longitudinal study. *Psychol Med* 2015; 45(16):3559-69.

33. Seldenrijk A, van Hout HPJ, van Marwijk HWJ, de Groot E, Gort J, Rustermeijer C et al. Depression, Anxiety and arterial stiffness. *Biol Psychiatry* 2011; 69:795-803.
34. Dinan TG. Inflammatory markers in depression. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 32-36.
35. Lichtman JH, Froelicher E, Blumatal JA, Carney RM, Doering LV, Smith Kenneth NF et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129: 1350-1369.
36. Chamberlain AM, Vickers KS, Colligan RC, Weston SA, Rumans TA, Roger VL. Associations of preexisting depression and anxiety hospitalization in patients with cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2011; 86(11): 1056-1062.
37. Irwin MR, Miller AH. Depressive disorders and immunity. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 374-383.
38. Blume J, Douglas SD, Evans D. Immune suppression and immune activate in depression. *Brain Behav Immun* 2011; 25: 221-229.
39. Leonard RE. The concept of depression as a dysfunction of the immune system. *Curr Immunol Rev* 2010; 6(3): 205-212.
40. Jaremka LM, Lindgren ME, Kiecolt-Glaser J. Synergistic relationship among stress, depression and troubled relationship: insight from psychoneuroimmunology. *Depress Anxiety* 2013; 30: 288-296.
41. Tafet GE, Nemeroff CB. The links between stress and depression. Psychoneuroendocrinological, genetic and environmental interactions. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2015; 1-12.
42. Maldonado-Bouchard S, Peters K, Woller SA, Madahiam B, Faghihi U, Patel S et al. Inflammation is increased with anxiety- and depression-like signs in a rat model of spinal cord injury. *Brain Behav Immun* 2016; 51: 176-195.
43. Gavic L, Cigic L, Biocina Lukenda D, Gruden V, Gruden Pokupec JS. The role of anxiety, depression and psychological stress on the clinical status of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 2014; 43: 410-417.
44. Mina S, Jabeen M, Singh S, Verma R. Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients. *Indian Dermatol* 60 (2): 201-211, 2015.
45. Lugović-Mihić L, Ljubesic L, Mihić J, Vuković-Cvetković V, Troškot N, Situm N. Psychoneuroimmunologic aspects of skin disease. *Acta Clin Croat* 2013; 52: 337-345.
46. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticarial. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56:36-40.
47. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin* 2005; 23:657-664.
48. Gupta MA, Gupta AK. A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. *Clin Dermatol* 2013; 31:57-61.
49. Gupta MA, Gupta AK. Chronic idiopathic urticarial associated with panic disorder: A syndrome responsive to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants? *Cutis* 1995; 56 (1):53-4.
50. Gupta MA, Gupta AK. Chronic idiopathic urticarial and post-traumatic stress disorders (PTSD): An under-recognized co-morbidity. *Clin Dermatol* 2012; 30:351-354.
51. Talles-Correia D, Barbosa A, Mega I, Monteiro E. Importance of depression and active coping in liver transplant candidates "quality of life". *Progress in Transplantation* 2009; 19: 85-89.
52. Lopes A, Frade IC, Teixeira L, Oliveira C. Depression and anxiety in living kidney donation: Evaluation of donors and recipients. *Transplant Proc* 2011; 43: 131-136.
53. Lawson AK, Klock SC, Pavone ME, Hirshfeld-Cytron J, Smith KN, Kazer R. Prospective study of depression and anxiety in female fertility preservation and infertility patients. *Fertil Steril* 2014; 102(5): 1377-1384.
54. Raison ChL, Borisov AS, Broadwell SD, Capuron L, Woolwine BJ, Jacobson IM et al. Depression during pegylated interferon-alpha plus Ribavirin therapy: prevalence and prediction. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 41-48.
55. Perruche F, Elie C, d'Ussel M, Ray P, Thys F, Bleichner G et al. Anxiety and depression are unrecognized in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emerg Med J* 2011; 28:662-665.
56. Aerts PD, De Vries J, Van der Steeg AF, Roukema JA. The relationship between morbidity after axillary surgery and long-term quality of life in breast cancer patients: the role of anxiety. *Eur J Surg Oncol* 2011; 37:344-349.
57. Zenger M, Glaesmer H, Höckel M, Hinze A. Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2011; 41(1): 87-94.
58. Prasad SM, Eggener SE, Lipsitz SR, Irwin M, Ganz PA, Hu JC. Effect of depression on diagnosis, treatment and mortality of men with clinically localized prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2014; 32(23):2471-2478.
59. Hill J, Holcombe JH, Clark L, Boothby MR, Hincks A, Fisher J et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med* 2011; 41: 1429-1436.
60. Tonmyr L, Williams G, Hodvestad WE, Draca J. Anxiety and depression in 10-15 years old investigated by child Welfare in Canada. *Journal of adolescent health* 2011; 48:493-498.
61. Sundbom F, Malinowski A, Lindberg E, Alving K. Effects of poor asthma control, insomnia, anxiety and depression on quality of life in young asthmatic. *J Asthma* 2016; 53(4):398-403. DOI: 10.3109/02770903.2015.1126846.
62. Besier T, Goldbeck L. Anxiety and depression in adolescents with cystic fibrosis and their caregivers. *Journal of Cystic Fibrosis* 2011; 10: 435-442.
63. Luppino FS, van Reedt Dortland AK, Wardenaar KJ, Bouvy PF, Giltay EJ et al. Symptom dimensions of depression and anxiety and the metabolic syndrome. *Psychosom Med* 2011; 73: 257-264.
64. Kuruvilla A, Jacob KS. Perceptions about anxiety, depression and somatization in general medical settings: A qualitative study. *Natl Med J India* 2012; 25(6):332-335.
65. Van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, et al. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: A pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19:230-239.
66. Painuly NP, Grover S, Gupta N, Mattoo SK. Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: Implications for their construct? *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65:165-174.
67. Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND, Make BJ, Emery CF, Diaz PT, et al. Sex, depression and risk hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2007; 167 (21): 2345-2353.
68. Lieberman HR, Kellogg MD, Kramer FM, Bathalon GP. Y, Leshner LL. Lipid and other plasma markers are associated with anxiety, depression and fatigue. *Health Psychology* 2012; 31(2):210-216.
69. Bathla M, Singh M, Relan P. Prevalence of anxiety and depression symptoms among patients with hypothyroidism. *Indian J Endocrinol Metab* 2016; 20:468-474.
70. Barry JA, Kuczmierczyk AR, Hardiman PJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2011; 26(9): 2442-2451.
71. Häuser W, Janke KH, Klump B, Hinz A. Anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: comparisons with chronic liver disease and the general population. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17:621-632.
72. Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *Eur J Oral Sci* 2011; 119:55-60.
73. Flaherman VJ, Beiler JS, Cabana MD, Paul IM. Relationship of newborn weight loss to milk supply and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Matern Child Nutr* 2015; 12:463-472.
74. Dratcu L. El futuro de la depresión: una enfermedad sistémica neuroendócrina, inflamatoria y neurodegenerativa compleja. *Vertex* 2009; 87: 325-329.

Memoria prospectiva objetiva y subjetiva en pacientes con esclerosis múltiple, recaídas y remisiones

Evangelina Valeria Cores

*Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón
Consejo Nacional de Investigaciones de Ciencia y Técnica (HIGA Eva Perón-CONICET)
E-mail: evcores@psi.uba.ar*

Sandra Vanotti

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Mabel Osorio

HIGA Eva Perón, Buenos Aires, Argentina

Berenice Silva

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Orlando Garcea

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Daniel Gustavo Politis

HIGA Eva Perón-CONICET, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Introducción: la memoria prospectiva es la capacidad de recordar realizar acciones en el futuro o recordar intenciones demoradas.

Objetivo: estudiar la relación entre las quejas mnésicas prospectivas con una medida objetiva de evaluación de la memoria prospectiva y variables afectivo-emocionales como son la depresión y la ansiedad, lo cual no ha sido relevado hasta el momento.

Métodos: Se evaluaron 51 pacientes con esclerosis múltiple, recaídas y remisiones y 46 participantes del grupo control, con una tarea de memoria prospectiva llamada el Cóndor, un cuestionario de memoria prospectiva subjetiva, un inventario de depresión y un inventario de estrés.

Resultados: El grupo control rindió mejor en el Cóndor que los pacientes con esclerosis múltiple, $t = -6.263$, $gl = 95$, $p = 0.000$. El cuestionario de memoria prospectiva correlacionó con los inventarios de depresión y ansiedad, $p < .05$ pero no con el Cóndor.

Conclusiones: La memoria prospectiva subjetiva se asocia con la depresión y la ansiedad, no así la memoria prospectiva objetiva en un grupo de pacientes con esclerosis múltiple. Los resultados indican que la memoria prospectiva subjetiva y objetiva deben ser estudiados como entidades o fenómenos diferentes.

Palabras clave: Memoria prospectiva - Esclerosis múltiple - Ansiedad - Depresión - Neuropsicología.

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE PROSPECTIVE MEMORY IN PATIENTS WITH RELAPSING REMITTING MULTIPLE SCLEROSIS

Abstract

Introduction: prospective memory is the ability to remember actions in the future or remember delayed intentions.

Objective: to study the relationship between prospective memory complaints with an objective measure of prospective memory and affective-emotional variables such as depression and anxiety.

Subjects and Materials: 51 patients with multiple sclerosis relapsing-remitting and 46 participants in the control group were evaluated with a prospective memory task called El Condor, a questionnaire on subjective complaints of prospective memory, a depression inventory and an anxiety inventory.

Results: the control group performed better in El Condor than patients with multiple sclerosis, $t = 6.263$, $df = 95$, $p = 0.000$. The prospective memory questionnaire correlated with the depression and the anxiety inventories, $p < .05$, but not with El Condor.

Conclusions: subjective prospective memory is associated with depression and anxiety and not with the objective prospective memory in a group of multiple sclerosis patients. The results indicate that the subjective and objective prospective memory must be studied as separate entities or different phenomena.

Keywords: Prospective memory - Multiple sclerosis - Anxiety - Depression - Neuropsychology.

Introducción

Un área de la memoria que está adquiriendo cada vez mayor importancia en el campo de la investigación, es la memoria prospectiva (MP), que es la capacidad de recordar realizar acciones en el futuro o recordar intenciones demoradas (1). Puede ser evaluada objetivamente a través de tareas donde se requiere que el examinado recuerde una o varias intenciones demoradas mientras realiza una tarea concurrente de complejidad variada (2). La MP también puede ser valorada a través de cuestionarios de autoreporte donde el examinado refleja la presencia de dificultades en la MP de la vida diaria y su frecuencia de aparición. Uno de los instrumentos más implementados es el *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire* (PRMQ) (3), que posee dos subescalas, las cuales apuntan a cubrir la memoria subjetiva retrospectiva y prospectiva diferencialmente. En estudios de validez de constructo, este instrumento fue asociado con la MP objetiva (4,5). Sin embargo, otros estudios han observado una relación pobre entre el PRMQ y la MP objetiva en pacientes con deterioro cognitivo leve, enfermedad de Alzheimer (6), estudiantes universitarios (7), y pacientes con enfermedad de Parkinson (8). En pacientes con traumatismo craneo-encefálico, la MP subjetiva medida a través de un cuestionario similar, no correlacionó significativamente con la MP objetiva (9). En pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) positivo, la MP subjetiva se relacionó con ansiedad, depresión y fatiga pero no con la MP objetiva (10).

La MP objetiva ha sido estudiada en la esclerosis múltiple (EM), una enfermedad cuyo deterioro cognitivo asociado ha sido ampliamente documentado en las últimas décadas y continua siendo objeto de estudio (11). Se ha puesto en evidencia la existencia de alteraciones de MP en pacientes con EM (12-15), las cuales han sido relacionadas con la capacidad de adherencia al tratamiento farmacológico (16) y dificultades en el área laboral (17).

Las perturbaciones cognitivas en la vida diaria percibidas por el paciente con EM han sido blanco de investigación y de evaluación neuropsicológica (18,19) y se ha relacionado con depresión y ansiedad en mayor medida que con medidas neuropsicológicas objetivas (20). Una teoría que puede explicar estos hallazgos es la teoría de la autoeficacia (21), que es un conjunto de creencias sobre el propio rendimiento cognitivo del sujeto. La depresión es uno de los factores que predicen la autoeficacia (22). Este concepto puede aplicarse también a la memoria, como parte de la metamemoria (23), que es la capacidad de evaluar la propia habilidad de aprender y recordar información.

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre las quejas mnésicas prospectivas y, por un lado, una medida objetiva de evaluación de la MP y, por otro lado, variables afectivo-emocionales como son la depresión y la ansiedad, lo cual no ha sido analizado hasta el momento.

Sujeto y Métodos

Participantes

Se reclutaron 51 pacientes diagnosticados con EMRR que concurrían al hospital público en atención ambulatoria y 46 participantes sanos apareados por edad y escolaridad como parte del grupo control (GC). Los criterios de inclusión para los pacientes con EMRR fueron: tener de 18 a 60 años de edad, tener más de 7 años de escolaridad, estar diagnosticado según criterios de McDonald (24) con EMRR (enumerados en Tabla 1). Los criterios de exclusión fueron: poseer otras enfermedades sistémicas que puedan provocar deterioro cognitivo; presentar antecedentes de alcoholismo o abuso de drogas; estar en período de recaída o durante el consumo de corticoides dentro de las 4 semanas previas a la evaluación; tener alteraciones visuales y/o motoras graves, o enfermedades psiquiátricas.

Los criterios de inclusión para el GC fueron: tener de 18 a 60 años de edad, tener más de 7 años de escolaridad. Criterios de exclusión: diagnóstico de enfermedades que puedan causar deterioro cognitivo, enfermedad psiquiátrica, antecedentes de alcoholismo o abuso de drogas, obtener menos de 28 puntos en el *Mini-Mental State Examination* (25) y más de 15 puntos en el *Inventario de Depresión de Beck* (IDB-II) (26).

Instrumentos

Para evaluar la MP objetiva se administró el test el *Cóndor* (27) que consiste en la realización de intenciones de evento y de tiempo durante la lectura de un texto de contenido emocional neutro. Para operacionalizar la MP subjetiva fue administrado el PRMQ³, adaptado al español (28). Consta de dieciséis preguntas que instan al participante a valorar la frecuencia con la que cometen errores mnésicos, a través de una escala Likert de 5 puntos. Ocho preguntas son sobre fallas de memoria prospectivas y ocho sobre fallas retrospectivas. Se analizó sólo la escala prospectiva del PMRQ (PRMQ-pros).

Se midieron además otras funciones cognitivas, para lo cual se tomaron los siguientes test: la *Batería de Screening Neuropsicológica para EM* (29) adaptada al castellano (30), compuesto por el *Test Selectivo de Memoria* (TSM) que mide adquisición (TSM Aprendizaje) y recuperación de memoria episódica verbal (TSM Recuerdo Diferido); el *7-24 Recuerdo Visuoespacial* con sus puntajes Aprendizaje y Recuerdo Diferido; la *Tarea de Adiciones Seriales Espaciadas Auditivas* (PASAT) con sus versiones de 3 (PASAT-3) y 2 segundos (PASAT-2) de tiempo inter-estímulo; la *Fluencia verbal Fonológica*; y el test *Symbol Digit Modalities Test* (SDMT).

Se incluyeron dos medidas afectivo-emocionales, uno es el IDB-II (26,31); y el otro es el *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) (32,33), con las subescalas Estado y Rasgo. La discapacidad física fue evaluada con la escala *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) (34).

Tabla 1. Criterios de McDonald para el diagnóstico de Esclerosis Múltiple revisados en el año 2010.

Presentación clínica	Datos adicionales para el diagnóstico de Esclerosis Múltiple
Dos o más recaídas, evidencia clínica objetiva de una lesión con evidencia histórica razonable de un ataque previo.	Ninguno.
Dos o más recaídas, evidencia clínica objetiva de una lesión.	Diseminación en el espacio demostrada por: una lesión o más en T2 en al menos 2 de 4 regiones típicas de EM en SNC (periventricular, yuxtacortical, infratentorial o en medula espinal) o esperar por un nuevo ataque clínico que implique un sitio diferente en el SNC.
Un ataque, evidencia clínica objetiva de 2 lesiones o más.	Diseminación en el tiempo, demostrada por: Presencia simultánea de realce con gadolinio asintomático y lesiones no captantes en cualquier momento o una nueva lesión en T2 o captante con gadolinio en el seguimiento con resonancia magnética, independiente del tiempo con referencia al estudio previo, o esperar por un segundo ataque clínico
Un ataque, evidencia clínica objetiva de 1 lesión (síndrome clínico aislado).	Diseminación en tiempo y espacio demostrada por: Espacio: una lesión o más en T2 en al menos 2 de 4 regiones típicas de EM en SNC (periventricular, yuxtacortical, infratentorial o en medula espinal) o esperar por un nuevo ataque clínico que implique un sitio diferente en SNC. Tiempo: Presencia simultánea de realce con gadolinio asintomático y lesiones no captantes en cualquier momento o una nueva lesión en T2 o captante con gadolinio en el seguimiento con resonancia magnética, independiente del tiempo con referencia al estudio previo, o esperar por un segundo ataque clínico.
Progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM (EM primaria progresiva).	Un año de progresión de la enfermedad (retro o prospectivamente) y de 2 de 3 de los siguientes criterios: 1. Evidencia de diseminación en espacio en el cerebro basado en una lesión o más en T2 en regiones características de EM (periventricular, yuxtacortical o infratentorial); 2. Evidencia de diseminación en espacio en la médula espinal basado en dos o más lesiones en T2 a nivel espinal; 3. Líquido cefalorraquídeo positivo (bandas oligoclonales o índice de IgG elevado).

Notas: EM: Esclerosis Múltiple, SNC: Sistema Nervioso Central, IgG: Inmunoglobulina G.

Procedimientos

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la institución, siguiendo las normativas de la Declaración de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética institucional y el Comité de Docencia del mismo. La evaluación se realizó en una sesión de una hora y media.

Análisis estadístico

Dado que las variables analizadas presentaron una distribución normal, se usaron estadísticos paramétricos: la t de Student para análisis diferencias de medias entre los grupos, con corrección de Bonferroni sobre el nivel de significación implementado: 0,05, para múltiples medidas; la r de Pearson para cuantificar asociaciones entre las variables; y una regresión lineal de la MP subjetiva (variables predictoras: emocionales y MP objetiva).

Resultados

Diferencias de grupos

Los grupos no mostraron diferencias significativas en edad o escolaridad (ver Tabla 1). Los grupos tampoco son diferentes en distribución de género, $\chi^2 = 0,291$, $gl = 1$, $p = 0,663$. Los pacientes presentaron una Media de EDSS de 2,7 (DE = 1,5), así como una Media de meses de evolución de la enfermedad de 112,05 (DE = 113,24).

Se hallaron diferencias significativas en todos los test cognitivos administrados, incluyendo el *Cóndor* ($p < 0,005$). En cambio, las diferencias no fueron significativas en las áreas afectivo-emocionales relevadas a través del BDI-II y STAI Rasgo y Estado. Estos datos se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Diferencias entre pacientes con EMRR y el Grupo Control en variables demográficas.

	EMRR N = 51	GC N = 46	t	gl	p
	Media (DE)	Media (DE)			
Edad	38,29 (12,1)	38,04 (11,71)	0,103	95	0,918
Escolaridad	13,12 (2,9)	13,3 (2,9)	-0,312	95	0,756

Nota: EMRR: Esclerosis Múltiple Recaídas y Remisiones; GC: grupo control; DE: desvío estándar.

Relación de la MP subjetiva con la MP objetiva y las variables afectivo-emocionales en el grupo EMRR

Se encontró una correlación significativa y negativa entre el PRMQ-pros y las medidas emocionales STAI Rasgo e IDB-II, de grado moderado. No se hallaron correlaciones significativas entre el PRMQ-pros y el *Cóndor*. Los resultados se pueden ver en la Tabla 3.

Se realizó una regresión del PRMQ-pros de los pacientes con EMRR considerando como predictores al *Cóndor*, el STAI Rasgo, STAI Estado y el IDB-II. Este último predictor explicó un poco menos de la mitad de la varianza de los puntajes del PRMQ-pros ($R^2 = 0,36$), siendo significativo, $F(1, 49) = 27,5$, $p = 0,000$. El IDB-II ($\beta = 0,404$, $p < 0,001$) demostró un efecto significativo sobre el PRMQ-pros.

Tabla 3. Diferencias entre pacientes con EMRR y el Grupo Control en variables cognitivas y emocionales.

Test	Subtest	EMRR	GC	t	gl	p	d
		N = 51	N = 46				
		Media (DE)	Media (DE)				
TSM	Aprendizaje	46,9 (9,38)	54,78 (7,71)	-4,489	95	$p < 0,001$	-0,9
	Recuerdo Diferido	6,96 (2,73)	9,09 (2,32)	-4,101	95	$p < 0,001$	-1,5
7/24 Recuerdo Visoespacial	Aprendizaje	26,31 (6,78)	29,98 (4,8)	-3,040	95	0,003	-0,5
	Recuerdo Diferido	4,9 (1,91)	5,96 (1,42)	-3,051	95	0,003	-1
PASAT-3		33,04 (15,5)	43,54 (13,51)	-3,534	95	0,001	-0,7
PASAT-2		22,33 (14,48)	32,87 (14,17)	-3,614	95	$p < 0,001$	-0,7
Fluencia Fonológica		29,33 (9,65)	37,91 (10,4)	-4,213	95	$p < 0,001$	-0,8
SDMT		43,27 (13,65)	54,46 (12,99)	-4,121	95	$p < 0,001$	-0,8
Cóndor Total de Éxitos		12,8 (4,74)	17,7 (2,48)	-6,263	95	$p < 0,001$	-1,5
PRMQ-pros		19,94 (7,04)	18,78 (4,83)	0,952	95	0,344	0,1
IDB-II		14,2 (10,45)	9,37 (6,14)	2,733	95	0,007	0,6
STAI	Estado	39,12 (9,75)	35,83 (6,84)	1,904	95	0,060	0,5
	Rasgo	44,43 (12,07)	38,89 (8,55)	2,582	95	0,011	0,5

Nota: EMRR: Esclerosis Múltiple Recaídas y Remisiones; GC: Grupo Control; DE: desvío estándar; TSM: *Test Selectivo de Memoria*; PASAT: *Paced Auditory Serial Addition Test*; SDMT: *Symbol Digit Modalities Test*; PRMQ-pros: Escala prospectiva del *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire*; IDB-II: *Inventario de Depresión de Beck* versión II; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*.

Tabla 4. Correlaciones de la memoria prospectiva subjetiva con la memoria prospectiva objetiva y las variables emocionales en pacientes con EMRR.

	PRMQ-pros	Cóndor	STAI Estado	STAI Rasgo	IDB-II
PRMQ-pros	1	,10	,25	,40**	,60**
Cóndor	,10	1	-,08	-,14	-,18
STAI Estado	,25	-,08	1	,48**	,30*
STAI Rasgo	,41**	-,14	,48**	1	,84**
IDB-II	,60**	-,11	,30*	,84**	1

* p < ,05

** p < ,01

Nota: IDB-II: *Inventario de Depresión de Beck* versión II, STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; PRMQ-pros: Escala prospectiva del *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire*.

Discusión

Según el objetivo del presente estudio, se indagó la relación entre la MP objetiva y subjetiva, así como la incidencia de las variables afectivo-emocionales sobre la MP subjetiva. Los resultados han evidenciado que las quejas mnésicas del área prospectiva se encuentran asociadas a la ansiedad y la depresión, pero no a la evaluación objetiva de la MP en pacientes con EMRR. Por lo tanto, las quejas mnésicas de los pacientes con EMRR han probado no ser confiables, dado que no reflejan el rendimiento real de los mismos en una prueba de MP objetiva.

Los resultados se hallan en concordancia con diversos estudios previos, donde las quejas cognitivas generales de pacientes con EM se hallan influenciadas por variables afectivo-emocionales más que por el rendimiento objetivo que demuestran los pacientes en una evaluación estandarizada (35,36). Esto mismo ocurre con las quejas relacionadas con las funciones ejecutivas (37) y la memoria (38,39). Pocos estudios presentaron resultados contradictorios con los hallados en el presente estudio. Por ejemplo, Krch et al. (40) evidenciaron una relación entre la memoria subjetiva y al ensayo inicial de aprendizaje de información verbal en una evaluación formal, pero no en el resto de las medidas objetivas de memoria. Marrie et al. (41), concluyeron en base a sus resultados que las quejas mnésicas se relacionan con sutiles disminuciones

(a diferencia de un marcado deterioro) en el recuerdo inmediato verbal y la velocidad de procesamiento independientemente del humor y la fatiga. En este sentido, los pacientes con menos deterioro cognitivo adecuarían mejor sus quejas mnésicas con su rendimiento real.

En cuanto a la diferencia en términos de sistemas neurales o estructuras cerebrales relacionados con cada tipo de memoria (objetiva y subjetiva), Pardini et al. (42), hallaron que la memoria subjetiva retro- y prospectiva, al menos en pacientes con EM de baja discapacidad, está mediada por tractos de fibras del sistema temporal anterior (cíngulo) y el sistema medial posterior (fascículo arqueado/uncinado), mientras que la memoria objetiva verbal correlacionó con el volumen hipocampal izquierdo. Por lo tanto, parecería ser que a nivel neurofisiológico la memoria objetiva y subjetiva se hallan diferenciadas.

En suma, los resultados indican que la MP subjetiva y objetiva deben ser estudiados como entidades o fenómenos diferentes. Por lo tanto, una evaluación completa de la MP debe incluir tanto parámetros subjetivos como objetivos, dado que ambos reflejan con mayor exactitud el estado mental del paciente con EM. Además, cuando un paciente con EM se presenta con quejas mnésicas en el ámbito de la clínica, se deben atender a los procesos emocionales subyacentes que pueden ser determinantes de este síntoma y requieren un tipo específico de intervención terapéutica.

Entre las limitaciones del estudio debe mencionarse que la evaluación de los participantes no fue ciega a la categoría diagnóstica y que la muestra es relativamente pequeña y no fue randomizada. A pesar de estas dificultades metodológicas, el estudio realiza un aporte importante al conocimiento de las variables que determinan la percepción de la MP en pacientes con EMRR.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflicto de interés alguno.

Este artículo no ha sido financiado por ningún organismo ni ha sido presentado en la Reunión Anual de la SEN. Ha sido presentado en formato poster en el 52° Congreso de Neurología, Buenos Aires, Noviembre 2015: Cores, E.V., Eizaguirre, M.B. Osorio, M, Merino, A., Silva, B., Alonso, R. Vanotti, S., Politis, D.G. & Garcea. Calidad de vida en relación con la memoria prospectiva y subjetiva en pacientes con Esclerosis Múltiple.

Agradecimientos

El estudio se realizó gracias a la beca postdoctoral otorgada a la primera autora por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). ■

Referencias bibliográficas

- Ellis JA. "Prospective Memory or the realization of delayed intentions: a conceptual framework for research", en Brandimonte MA, Einstein G, McDaniel MA, editores. *Prospective Memory and applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 1996.
- McDaniel MA, Einstein GO. Strategic and Automatic Processes in prospective memory retrieval: A multiprocess framework. *Appl Cognit Psychol*. 2000; 14: S127-S144.
- Smith G, Della-Sala S, Logie R, Maylor E. Prospective and retrospective memory in normal ageing and dementia: A questionnaire study. *Memory* 2000; 8: 311-321.
- Amato MP, Ponziani G, Rossi F, Liedl CL, Stefanile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler* 2001; 7: 340-344.
- Hsu YH, Huang CF, Tu MC, Hua MS. The Clinical Utility of Informants' Appraisals on Prospective and Retrospective Memory in Patients with Early Alzheimer's Disease. *PLoS ONE* 2014; 9 (11): e112210.
- Thompson CL, Henry JD, Rendell PG, Withall A, Brodaty H. How Valid Are Subjective Ratings of Prospective Memory in Mild Cognitive Impairment and Early Dementia? *Gerontology* 2015; 61:251-257.
- Uttl B, Kibreab M. Self-report measures of prospective memory are reliable but not valid. *Can J Exper Psychol* 2014; 65(1): 57-68.
- Foster ER, McDaniel MA, Repovš G, Hershey T. Prospective Memory in Parkinson Disease across Laboratory and Self-reported Everyday Performance. *Neuropsychology* 2009; 23 (3): 347-358.
- Fleming JM, Shum D, Strong J, Lightbody S. Prospective memory rehabilitation for adults with traumatic brain injury: a compensatory training program. *Brain Inj* 2005; 19(1): 1-10.
- Woods SP, Carey CL, Moran LM, Dawson MS, Letendre SL, Grant I. Frequency and predictors of self-reported prospective memory complaints in individuals infected with HIV. *Arch Clin Neuropsychol* 2007; 22: 187-195.
- Brissart H, Morele E, Bauman C, Debouverie M. Verbal episodic memory in 426 multiple sclerosis patients: impairment in encoding, retrieval or both? *Neurol Sci* 2012; 33 (5): 1117-1123.
- Bravin JH, Kinsella GJ, Ong B, Vowels L. A study of performance of delayed intentions in Multiple Sclerosis. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22 (3): 418-439.
- Kardiasmenos KS, Clawson DM, Wilken JA, Wallin MT. Prospective memory and the efficacy of a memory strategy in Multiple Sclerosis. *Neuropsychology* 2008; 22 (6): 746-754.
- Rendell PG, Jensen E, Henry JD. Prospective memory in multiple sclerosis. *J Int Neuropsychol Soc* 2007; 13: 410-416.
- Cores EV. Memoria prospectiva en Esclerosis Múltiple. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2013.
- Bruce JM, Hancock LM, Arnett P, Lynch S. Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality, and cognition. *J Behav Med* 2010; 33 (3): 219-227.
- Honan CA, Brown RF, Batchelor J. Perceived cognitive difficulties and cognitive test performance as predictors of employment outcomes in people with multiple sclerosis. *J Int Neuropsychol Soc* 2015; 21 (2): 156-168.
- Benedict RHB, Cox D, Thompson LL, Foley F, Weinstock-Guttman B, Munschauer F. Reliable screening for neuropsychological impairment in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10 (6): 675-678.
- Vanotti S, Benedict RHB, Acion L, Cáceres F. Validation of the Multiple Sclerosis Neuropsychological Screening Questionnaire in Argentina. *Mult Scler* 2009; 15(2): 244-50.

20. Feinstein A. Multiple sclerosis and cognitive dysfunction: how accurate are patient's self assessments? *Eur J Neurol* 2012; 19: 535-536.
21. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol* 1993; 28 (2): 117-148.
22. Stolder ME. Memory self-efficacy in cognitively normal older adults and older adults with mild cognitive impairment. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa. [Internet] Disponible en: <http://ir.uiowa.edu/etd/5063>; 2012.
23. Hertzog C, Hultsch DF. Metacognition in adulthood and old age. En Salthouse T, Craik FIM, editors. *Handbook of aging and cognition II* (pp.417-460). Mahwah, NJ, Erlbaum; 2000.
24. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011; 69 (2): 292-302.
25. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12 (3): 189-198.
26. Taussik I. Desarrollo de un Instrumento para la evaluación de la Memoria Prospectiva. Tesis Doctoral. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA: 2002.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
28. González-Ramírez MT, Mendoza-González ME. Spanish Version of the Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ-S). *Span J Psychol* 2011; 14 (1): 385-391.
29. Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology* 1991; 41: 685-691.
30. Cáceres F, Vanotti S, Rao S, the RECONEM Workgroup. Epidemiological characteristics of cognitive impairment of multiple sclerosis patients in a Latin American country. *J Clin Exper Neuropsychol* 2011; First: 1-5.
31. Brenlla ME, Rodríguez CM. Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En Beck AT, Steer RA, Brown GK, editors. *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Paidós; 2006. p. 11-37.
32. Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE, Vagg RC, Jacobs GS. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press; 1983.
33. Leibovich de Figueroa N. Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En Casullo MM, Leibovich de Figueroa NB, Aszkenazi M. *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Buenos Aires, Psicoteca Editorial; 1991.
34. Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-1452.
35. Middleton LS, Denney DR, Lynch SG, Parmenter B. The relationship between perceived and objective cognitive functioning in multiple sclerosis. *Arch Clin Neuropsychol* 2006; 21: 487-494.
36. O'Brien A, Gaudino-Goering E, Shawaryn E, Komaroff E, Moore NB, DeLuca J. Relationship of the Multiple Sclerosis Neuropsychological Questionnaire (MSNQ) to functional, emotional, and neuropsychological outcomes. *Arch Clin Neuropsychol* 2007; 22: 933-948.
37. Hanssen KT, Beiske AG, Landrø NI, Hessen E. Predictors of executive complaints and executive deficits in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2014; 129: 234-242.
38. Landrø NI, Sletvold H, Celius EG. Memory functioning and emotional changes in early phase multiple sclerosis. *Arch Clin Neuropsychol* 2000; 15 (1): 37-46.
39. Randolph JJ, Arnett PA, Freske P. Metamemory in multiple sclerosis: exploring affective and executive contributors. *Arch Clin Neuropsychol* 2004; 19 (2): 259-79.
40. Krch D, Sumowski JF, DeLuca J, Chiaravalloti N. Subjective memory in multiple sclerosis is associated with initial-trial learning performance. *J Int Neuropsychol Soc* 2011, 17 (3): 557-561.
41. Marrie RA, Chelune GJ, Miller DM, Cohen JA. Subjective cognitive complaints relate to mild impairment of cognition in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 69-75.
42. Pardini M, Bergamino M, Bommarito G, Bonzano L, Mancardi GL, Roccatagliata L. Structural Correlates of Subjective and Objective Memory Performance in Multiple Sclerosis. *Hippocampus* 2014; 24: 436-445.

Factores asociados con la duración de estadía y riesgo de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos: estudio de cohortes

Daniel Serrani

*Médico psiquiatra y geriatra universitario,
Doctor en Psicología, Magister en Salud Mental,
Presidente del Capítulo de Investigaciones de APSA,
Docente categorizado de la Facultad de Psicología de la UNR,
Docente de la Maestría en Psicogerontología de la Universidad Maimónides,
Docente del doctorado en Investigación Gerontológica, Universidad Maimónides
E-mail: danielserrani@argentina.com*

Gabriela Galfetti

*Médica residente de Psiquiatría, Hospital Carrillo,
Curso superior de posgrado de APSA*

Cinthia Rodríguez

*Médica residente de Psiquiatría, Hospital Carrillo,
Curso superior de posgrado de APSA*

Resumen

Objetivo: investigar factores que influyen en duración de estadía y predictores de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos.

Método: se realizó una evaluación retrospectiva de historias clínicas abarcando 4 años. Se analizaron 378 pacientes divididos en 178 casos y 200 controles. Para duración de internación se empleó un estudio de casos y controles y para los predictores de re-internación se aplicó un estudio de cohortes.

Resultados: las 7 variables que se asociaron con duración de estadía fueron: 1- educación, 2- lugar de origen, 3- uso de contención física, 4- género, 5- estado civil, 6- tipo de medicación y 7- número de visitas. Las variables asociadas con riesgo de re-internación fueron: 1- internaciones previas, 2- riesgo cierto e inminente antes de dichas internaciones, 3- deterioro cognitivo, 4- uso de contención física, 5- categoría diagnóstica (trastorno por uso de sustancias, trastorno adaptativo, trastorno bipolar, tipo de personalidad, crisis situacional, intoxicación alcohólica aguda), 6- riesgo para sí o terceros, 7- educación, 8- edad en la 1° admisión. El tratamiento asertivo y proactivo durante el alta disminuyó el riesgo de re-internación.

Conclusiones: la duración de estadía está determinada por múltiples factores predecibles pero difíciles de modificar clínicamente ya que calidad de atención no se asoció significativamente con ella. En cambio, las buenas prácticas asistenciales comunitarias en red parecen disminuir el riesgo de re-internación.

Palabras clave: Salud mental - Re-internación - Duración de estadía.

FACTORS ASSOCIATED WITH LENGTH OF STAY AND THE RISK OF READMISSION IN AN ACUTE PSYCHIATRIC INPATIENT FACILITY: A RETROSPECTIVE STUDY

Abstract

Objective: to investigate factors influencing length of stay and predictors for the risk of readmission at an acute psychiatric inpatient unit.

Method: retrospective cross-sectional clinical file audit ranging four years back, a random selection of 378 patients was reviewed, including 178 cases and 200 controls. A case control study was employed in the study of length of stay, and for predictors of risk of readmission a retrospective cohort study was used.

Results: the 7 variables that were associated with length of stay were: 1- instruction level, 2- place of origin, 3- use of restraints, 4- gender, 5- marital status, 6- drug class, and 7- number of visits. The 9 variables associated with risk of readmission were: 1- history of previous admission, 2- cognitive status, 3- use of seclusion, 4- diagnostic category (personality cluster, bipolar disorder, substance use disorder, adaptive disorder, situational crisis, acute alcoholic intoxication), 5- risk to others at the time of index admission, 6- instruction level, 7- age at first admission. Proactive and assertive treatment after discharge decreased the risk of readmission.

Conclusions: Length of stay has predictable multifactorial determinants which are difficult to modify clinically, as inpatient quality of care was not associated with it. Good community network assisting practices appeared to be more likely to reduce risk of readmission.

Keywords: Mental health - Hospital re-admission - Length of stay.

Introducción

En las últimas décadas se ha venido desarrollando en varios países un proceso de desinstitucionalización progresivo en los hospitales psiquiátricos monovalentes, con lo cual se han visto reducidas las camas disponibles para internación y se ha ido transfiriendo el peso de la atención de los pacientes al ámbito comunitario (1). Con este proceso de desinstitucionalización, la admisión y readmisión de pacientes psiquiátricos severamente descompensados se ha transformado en un foco de atención importante. Sin embargo, las dificultades inherentes para la internación o readmisión en hospitales monovalentes es un obstáculo cuya frecuencia de reportes ha ido creciendo últimamente en diferentes partes del mundo (2-3). Con respecto a la duración de la estadía (DE), estrechamente ligada a la re-internación de pacientes, se ha visto que las cifras a lo largo del mundo son muy variables, a pesar de una tendencia hacia la disminución general en la mayoría de los países desarrollados (4). La evaluación de la DE y los factores intervinientes en la misma dista de ser un problema resuelto, ya que la mayoría de los estudios no cuentan con datos normativos. Un análisis de las admisiones psiquiátricas realizado en Gran Bretaña entre 1999 y 2000 demostraron que la media de DE fue 15 de días, pero casi un 9% de las admisiones duraron 90 días o más, y hasta el 1% duraron un año o más (5). Cifras comparables se han encontrado mediante análisis electrónico de los registros médicos (6) y en estudios americanos (7). Varias hipótesis han intentado explicar estas variaciones, tanto desde la perspectiva de los pacientes como del nivel institucional (8). En una revisión sistemática de muchos estudios sobre DE en servicios de salud mental de los EUA se señala que la psicosis y el género femenino están asociados con una mayor duración de la DE, en tanto que el alta contra la opinión médica, pagos a futuro, estado civil casado, historia judicial o penal, y juventud están relacionados con

menor DE (9). Sin embargo, la proporción de variación explicada sobre la DE en los estudios mencionados rara vez fue mayor de 20-30%. Aunque los mecanismos por los cuales estos factores influyen sobre la DE no se discuten en detalle, la presunción general es que también deben estar ligada a la conducta o programas de tratamiento de los servicios de salud mental (10). Varios autores consideran que la duración de la internación está ligada a una limitación en el acceso a hospitales psiquiátricos por bloqueo en las camas disponibles (11), por admisiones inapropiadas (12), y falta de alternativas de servicios en la comunidad en la cantidad y diversidad necesarias (13). Este fenómeno no es exclusivo de una región en particular, sino que se verifica en diferentes sistemas de salud nacionales; por ejemplo, el auditor de los servicios de salud mental de Australia ha establecido en sus informes que acceder a los servicios de internación agudos se ha ido transformando en un problema creciente para las personas, y se requiere un alto nivel de intensidad de síntomas y de severidad de los mismos para obtener acceso a la cama de internación. Por otra parte, la dificultad en el acceso a la internación tiene un efecto directo sobre el resto de la salud pública, especialmente creando mayores presiones sobre los servicios de emergencia en los hospitales generales (14). A pesar de un aumento del número de camas psiquiátricas de agudos en muchas partes del mundo, sigue siendo un problema el tema de la accesibilidad a la internación en el ámbito de la salud pública mental. Esto ha sido la causa de que los sistemas de salud mental se hayan visto desacreditados y la confianza de la población en los mismos haya disminuido, generando internaciones prolongadas o tasas de readmisiones inapropiadas. Muchos de los estudios disponibles sobre este tema han sido mal diseñados, están desactualizados o solo observan variables cuyo cambio es improbable sin una modificación correlativa en las políticas sociales, por ejemplo, tasas de empleo, pobreza, y niveles de vivienda (15). Si bien las investigaciones realizadas

en otros países aportan datos importantes, no siempre son directamente aplicables en nuestro contexto de salud mental, ya que la DE y la readmisión de pacientes psiquiátricos están estrechamente relacionadas con la organización del sistema de salud mental y además con factores culturales. Las investigaciones sobre este tema tan en nuestro país no son tan frecuentes. Un estudio de Agrest y colaboradores (31) realizado en el Hospital Alvear de la CABA, investigó los factores asociados a la readmisión de 47 pacientes con psicosis crónica mediante una encuesta domiciliaria, y encontró alto índice de reingresos (16). En otro estudio de Sacco y colaboradores (17) se encontró un porcentaje de reingresos antes del año del alta del 22%, comparado con el 42% en hospitales sudafricanos y 55% en Europa (17). En estudios llevados a cabo en Canadá y EUA se han encontrado tasas de readmisión temprana (antes de 30-90 días) de 7 a 17% y tardías (después de 90 días) hasta 24% (18), similares a las de países sudamericanos (19) y centroamericanos (20). En general, la mayoría de estudios coinciden en asociar las reinternaciones con un mayor número de internaciones previas, trastornos por uso de sustancias (particularmente alcohol), depresión, familia poco continente, ingresos involuntarios, aislamiento social, clase social baja, alta expresividad emocional de familiares y contacto con familiares de alta expresividad emocional, síntomas negativos, internaciones prolongadas, inicio temprano de enfermedades, todos con diferentes grados de importancia relativa de cada uno. En un estudio destinado a evaluar tasa de reingreso en pacientes psicóticos de acuerdo al tipo de tratamiento recibido (21), se evaluó durante 18 meses a una muestra de pacientes con psicosis funcionales, asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento. A uno de los grupos se aplicó un programa de prevención de recaídas, con tratamiento psicofarmacológico, psico-educación, terapia individual, grupal y multifamiliar, además de monitoreo e intervención temprana en caso de descompensación. Al otro grupo se administró un tratamiento convencional consistente en control psicofarmacológico y terapéutico quincenal. Al final del periodo de observación, el 22% de los pacientes en el primer grupo y el 30% de los del segundo habían reingresado, a diferencia de otro estudio multicéntrico prospectivo (22) donde el tratamiento convencional con antipsicóticos demostró ser superior en la prevención de reinternaciones con respecto a intervenciones precoces y críticas (24,6, 38,6 y 44% respectivamente). Objetivos primarios de esta investigación fueron a) evaluar factores relacionados con la Duración de la Estadía y b) predictores del riesgo de readmisión a una unidad de internación psiquiátrica monovalente de pacientes agudos en el Municipio de Malvinas Argentinas. Un objetivo secundario fue estimar el perfil de los pacientes admitidos a internación, para analizar el uso actual de las camas de internación. Este estudio hace hincapié en investigar las variables que podrían ser modificadas a través de los cambios en prácticas clínicas y provisión de servicios.

Método

Ámbito de implementación de la investigación

La investigación se desarrolló en dos efectores de salud mental de la Municipalidad de Malvinas Argentinas ubicada en el conurbano Bonaerense. El municipio de Malvinas Argentinas tiene un índice alto de bienestar (7.10 vs. 6.1 para el AMBA), y exhibe una continuidad de trabajo entre los equipos de salud mental de atención comunitaria y de internación, de modo que la asistencia responde a un modelo de trabajo en red. Esto tiene como resultado menor discontinuidad en el tratamiento, mayor área de cobertura, y mayor consistencia metodológica y conceptual entre los equipos de trabajo. Los efectores seleccionados fueron los siguientes:

a) Hospital de Agudos "Ramón Carrillo" es un efector de segundo nivel integrado al Sistema de salud pública de la Municipalidad de Malvinas Argentinas. Está afiliado a la UBA y cuenta con servicio de guardia psiquiátrica que funciona 7/24, y unidad de internación de agudos. Además ofrece pasantías y servicio de residencia médica de posgrado, que lleva ya 6 años. En total hay 40 camas, con una proporción paciente-servicio de enfermería de 5 a 1.

b) Hospital de Salud Mental "Evita" el cual es un centro de asistencia ambulatoria comunitario integrado por equipos multidisciplinarios, formados por psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y otros agentes de salud mental.

El estudio fue aprobado por el comité de ética local.

Diseño del estudio

Este trabajo incluye dos estudios comparativos incluidos en un estudio retrospectivo transversal a partir de historias clínicas auditadas. Abarca un periodo de 48 meses desde 01/01/2010 hasta 31/12/2014 tramo que se definió como el periodo de estudio. El estudio 1 tuvo un diseño de caso-control y el estudio 2 tuvo un diseño de cohorte retrospectivo.

Cálculo del tamaño muestral

De acuerdo con la fórmula de Snedecor y Cochran (23) se calculó un número de 342 sujetos para detectar un riesgo relativo de 1.5, una seguridad del 95% y un poder del 80%. Hubo un total de 674 admisiones que cumplieron con los criterios de inclusión. Se seleccionaron aleatoriamente 449 admisiones comprendiendo 396 pacientes (ya que hubo pacientes que tenían más de una admisión); 18 historias clínicas (5%) estaban incompletas; en total 378 pacientes fueron incluidos finalmente para ser analizados. Las admisiones con información incompleta, incluyendo pacientes transferidos desde el Hospital Carrillo a otras unidades de agudos (clínicas o psiquiátricas) fueron excluidas de la base de datos. Para el estudio 1 se in-

cluyeron los 378 pacientes admitidos y se dividieron en 178 casos y 200 controles, para el estudio 2 se incluyeron los 378 pacientes de la muestra inicial.

Instrumentos y variables

Los diagnósticos fueron realizados de acuerdo con el DSM IV, en tanto que el deterioro cognitivo se evaluó mediante la batería RUDAS (25) la cual es un instrumento breve sensible a la diversidad lingüística y cultural de los usuarios. Evalúa varios dominios (atención, memoria de corto y largo plazo, lenguaje, orientación corporal, praxias, dibujo y juicio crítico) y su puntaje de corte es de 22 para un total de 30.

Las variables sociodemográficas incluían: edad, género, domicilio, estado civil, vivienda y empleo, estado legal, obra social (OS), compromiso del cuidador.

Las variables clínicas incluían historia previa, diagnóstico y duración/severidad de enfermedad, motivo de ingreso y posterior estadía, calidad de cuidados recibidos en internación, por ejemplo: servicios brindados e intervenciones farmacológicas, tipo de antipsicótico empleado (típico versus atípico).

Las variables independientes fueron la duración de estadía (DE) convertida a una distribución binaria, como caso o control en el estudio 1, y el evento de readmisión en el estudio 2.

Los casos se definieron como admisiones con DE prolongada, en tanto que los restantes se definieron como controles. La DE se definió como prolongada cuando fue ≥ 1 d.e. por encima de la media.

Las exposiciones se definieron como las variables listadas en el instrumento de recolección de datos. Los factores confundidores fueron edad, género, nivel educativo y socioeconómico.

Se dispone de una copia de los instrumentos de recolección en caso de ser requerida en posteriores estudios de replicación.

Procedimiento

Se realizaron dos estudios diferentes. En el estudio 1 se investigaron los factores asociados con duración de estadía (DE) prolongada durante los 4 años evaluados. La DE media en la muestra fue de 12 días, con un valor ± 2.4 como desviación estándar (d.e.). En el estudio 2 se investigó el riesgo de readmisión entre todos los pacientes que habían tenido al menos una readmisión durante los años investigados. El punto de ingreso se definió como admisión índice (la primera admisión durante los años evaluados) y el punto final como el evento de readmisión o el 31/12/2014 si no hubo readmisiones luego de la admisión índice. Todos los pacientes fueron investigados retrospectivamente por al menos 48 meses.

Análisis estadístico

Para evaluar la distribución de las variables se emplearon estadísticas descriptivas. El test de significación permitió identificar la asociación entre cada variable y el resultado. Para variables categoriales se empleó test de chi cuadrado y para las continuas, test U de Mann-Whitney. El test de regresión logística permitió estimar Odds ratios para la DE ajustados para variables confundidoras. La curva de supervivencia de Kaplan-Meier permitió estimar riesgo de readmisión, y el test de Log-rank permitió comparar riesgo de readmisión entre diferentes estados de exposición. La prueba de regresión de Cox de riesgos proporcionales estimó riesgo relativo de reingreso controlando las variables confundidoras. Se asumió como significativo un valor $p \leq 0.01$. Los datos se analizaron con la versión 19.0 del programa SPSS.

Resultados

Las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra se observan en las tablas 1 y 2, respectivamente.

Duración de estadía

La distribución de los resultados principales, duración de estadía, intervalo entre cada admisión y el tiempo de readmisión no tuvieron una distribución normal sino sesgada de acuerdo con la prueba estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov (curtosis = 21.3 y skewness = 4.8) por lo tanto los datos fueron transformados logarítmicamente (curtosis = 3.1 y skewness = 0.5) con una distribución más simétrica. En la figura 1 se muestran la DE en un histograma con la distribución de la curva con datos en bruto y la transformación logarítmica (panel izquierdo y derecho respectivamente).

La media de duración de estadía fue de 11.3 ± 5.5 días, con un rango de 1 a 52 días. La mediana de número de días de internación fue 13. El 43% de los pacientes fueron dados de alta dentro de los 7 días de admisión, y el 88% dentro de los 23 días. Hubo dos picos de DE, entre el 2° y 6° día ($n=121$, 32%) y entre el 10° y 14° días ($n=83$, 22%), que en total dieron cuenta del 58% de las admisiones. La principal razón de readmisión entre los 3 y 7 días fue riesgo inminente para sí o terceros, entre los 10 y 14 días fueron razones sociales relacionadas con dificultades en el hogar, dificultades en el trabajo o la pareja o vecinos. Entre los 20 y 23 días la razón principal fue la descompensación por falta de cumplimiento con la medicación. De todas las variables analizadas en los análisis de regresión las que se asociaron con mayor estadía fueron ser extrapartidario, haber sido sometido a restricción física y un menor nivel educativo; en tanto que se asociaron con menor estadía la escolarización,

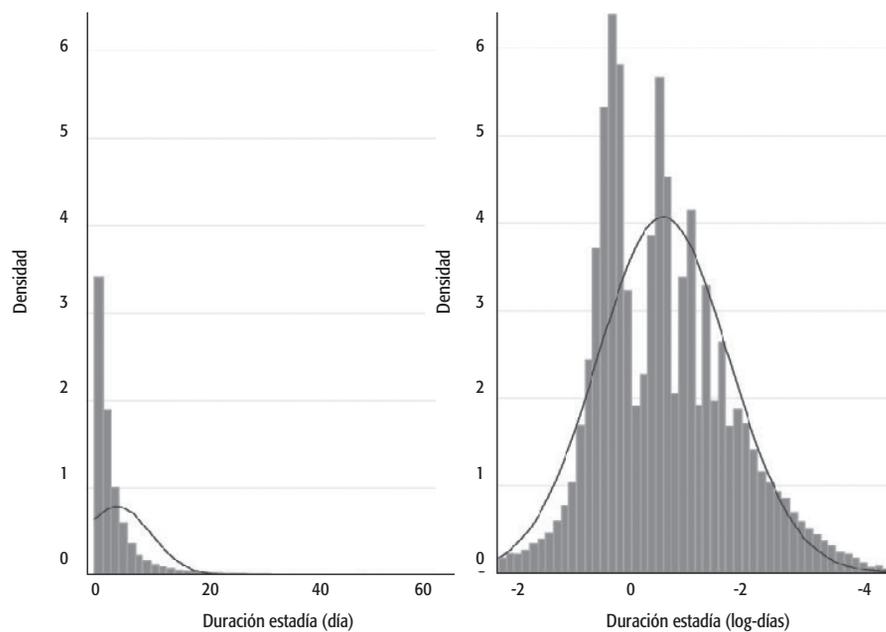
Tabla 1. Factores demográficos de la muestra

		Total (N=378)		p<0.01
		Mujer (n=144, 38%)	Hombre (n=234, 62%)	
Edad (años)		media 39±11.5	media 41±9.7	0.56
	15-29	32 (8%)	80 (21%)	
	30-49	100 (26%)	137 (36%)	
	50-64	12 (3%)	17 (5%)	
Origen				
	Partidario	89 (23%)	180 (48%)	0.12
	Extrpartidario	55 (14%)	54 (14%)	0.11
Estado civil				
	Soltero/separado 276	101 (27%)	175 (46%)	0.23
	Casado / juntado 102	43 (11%)	59 (16%)	0.34
Situación laboral				
	Empleado	66 (17%)	17 (5%)	0.43
	Desempleado	78 (21%)	217 (57%)	0.02
Nivel socioeconómico				
	< salario mínimo	15 (4%)	5 (1%)	0.22
	> salario mínimo	129 (34%)	229 (60%)	0.05
Educación				
	Primaria	43 (11%)	57 (15%)	0.23
	Secundaria	89 (23%)	156 (41%)	0.11
	Universitaria	12 (3%)	21 (6%)	0.31
Apoyo social				
	Solo 68	56 (15%)	12 (3%)	0.14
	Acompañado 310	88 (23%)	222 (59%)	0.56

Tabla 2. Características clínicas de la muestra

	Total (N= 378)		p<0.01
	Mujer (n=144, 38%)	Hombre (n=234, 62%)	
Psicosis (n=155,41%)			
Esquizofrenia	22 (6%)	41 (11%)	0.32
Esquizofreniforme	5 (1%)	10 (3%)	0.41
Esquizoafectivo	8 (2%)	11 (3%)	0.22
T. bipolar	10 (3%)	13 (3%)	0.42
T. delirante	2 (0.5%)	4 (1%)	0.32
Folie à deux	0.5 (0.1%)	0.5 (0.1%)	0.27
Inducido drogas	7 (2%)	15 (4%)	0.22
No especificado	2 (0.5%)	7 (2%)	0.19
Depresión	55 (14%)	20 (6%)	0.15
T. Ansiedad	9 (2%)	6 (2%)	0.12
T. somatización	8 (2%)	8 (2%)	0.32
Crisis de adaptación	29 (7%)	27 (7%)	0.54
Trastorno de ajuste	10 (3%)	9 (3%)	0.44
Juego patológico	1 (0.2%)	3 (0.8%)	0.37
T. uso sustancias	10 (3%)	30 (8%)	0.47
Intoxicación etílica	1 (0.2%)	4 (1%)	0.28
T. poli-consumo	2 (0.5%)	8 (2%)	0.36
T. uso cannabis	4 (1%)	14 (4%)	0.43
T. uso cocaína	2 (0.5%)	3 (1%)	0.27
T. uso de crack	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0.62
T. P. límite	14 (4%)	3 (0.8%)	0.38
Co-mórbido Bipolar	3 (0.8%)	1 (0.2%)	
Co-mórbido consumo	4 (1%)	-	
T. P. esquizotípico	2 (0.5%)	4 (1%)	0.55
Co-mórbido Esquizof.	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0.43
Co-mórbido consumo	-	2 (0.5%)	-
Internaciones previas			
1	40 (10%)	77 (20%)	0.23
2-4	20 (5%)	40 (10%)	0.21
≥5	5 (1%)	10 (3%)	0.42
H. forense	10 (3%)	35 (9%)	0.12
H. intento suicidio	60 (16%)	60 (16%)	0.65
Idea suicida actual	65 (17%)	128 (34%)	0.06
H. hetero-agresión	40 (10%)	88 (23%)	0.12
Hetero-agresión actual	8 (2%)	30 (8%)	0.11
Alta trat. comunitario	130 (34%)	180 (48%)	0.31
Ingreso servicio social	10 (3%)	20 (5%)	0.54
Alta servicio social	12 (3%)	26 (7%)	0.11
Ingreso Involuntario	120 (32%)	197 (52%)	0.09

Nota. T. = trastorno, H. = historia, trat. = tratamiento, Esquizof. = esquizofrenia.

Figura 1. Histograma de DE con curva normal (izquierda) y logarítmica (derecha).

el consumo de sustancias, la admisión por crisis vitales, trastornos de ajuste social, padecer personalidad límite y haber sido derivado de otro servicio de salud mental.

Muchas variables que a priori parecían ser predictores de mayor DE no lo demostraron en la práctica. Entre estas se cuentan vivir solo/a, vivir en condiciones marginales, DE de admisiones previas, cronicidad de la enfermedad, diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis, severidad de la enfermedad, calidad de cuidados brindados en la internación y tipo de intervenciones farmacológicas. Entre estas últimas se incluyeron la tranquilización de secuencia rápida, cambios de medicación, titulación de dosificación y uso de benzodiazepinas.

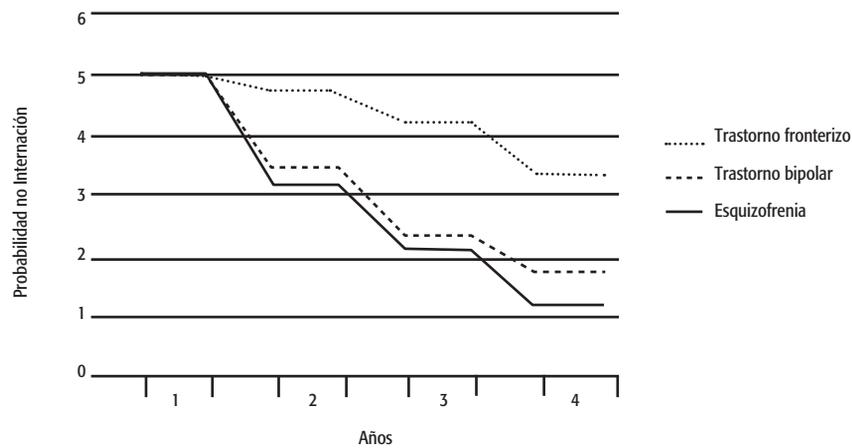
Tampoco hubo influencia del hecho de tener una cobertura médica prepaga, del tipo de tratamiento asertivo o la implicación del cuidador.

Riesgo de readmisión

Un total de 64 pacientes (17%) fueron readmitidos durante el periodo de seguimiento retrospectivo de 4 años incluyendo 30 pacientes (8%) que fueron readmitidos dentro de los 12 meses de la admisión índice; 11 pacientes (3%) que tuvieron al menos 2 readmisiones dentro de los 12 meses; 7 pacientes (2%) que tuvieron más de 3 readmisiones dentro de los 12 meses.

Tabla 3. Resultados de variables predictoras de reingreso por regresión logística.

Variable	Valor p	Exp (β)	CI 95%
Extrapartidario	0.002	0.21	0.10-0.37
Nivel educativo	0.006	0.43	0.19-0.56
Restricción física	0.027	4.09	2.21-8.32
Sexo masculino	0.029	1.56	1.21-2.21
Soltero	0.023	2.41	1.65-3.78
Antipsicóticos atípicos	0.045	3.19	3.01-6.02
Menores visitas	0.046	2.54	3.11-5.96
Trastorno uso sustancias	0.012	2.12	1.76-4.21
Trastorno de Personalidad límite	0.021	2.62	1.98-4.56
Trastorno de ajuste	0.048	4.21	3.14-9.22
Crisis situacional	0.051	3.58	3.31-4.45

Figura 2. Curva de Kaplan-Meier probabilidad de no internación en 4 años según diagnóstico.

Numerosas variables tuvieron un valor de $p \leq 0.01$. El análisis de regresión de Cox mostró 9 variables relacionadas con riesgo de readmisión (Tabla 5), 6 de las mismas *aumentaron* el riesgo de readmisión incluyendo 1- número de admisiones previas, 2- deterioro cognitivo previo a la admisión índice, 3- restricción física, 4- riesgo cierto e inminente hacia sí o terceros al momento de la admisión, 5- intoxicación alcohólica al momento de la admisión índice, 6- personalidad limítrofe.

Un tratamiento comunitario asertivo y proactivo luego del alta *disminuyó* riesgo de readmisión, por ejemplo 1- tratamiento involuntario, 2- servicios post alta de tratamiento intermedio entre el alta y la reinserción en la comunidad, 3- apoyo de servicios sociales. No influyeron en cambio las características sociodemográficas, el diagnóstico, la DE, o los cuidados provistos en internación.

Tabla 4. Resultado de test de regresión de Cox predicción re-hospitalización.

Variable	Valor p	Exp (β)	CI 95%	% variación total
Admisión previa ≤ 2	0.012	0.09	0.08-0.37	2.32
Deterioro cognitivo	0.026	2.43	2.19-5.56	1.99
Restricción física	0.032	2.09	2.21-8.32	1.98
Trastorno uso sustancias	0.012	2.12	1.76-4.21	1.54
Personalidad límite	0.021	3.62	1.98-4.56	1.15
Trastorno de ajuste	0.048	3.21	3.14-9.22	1.09
Crisis situacional	0.051	3.76	4.11-9.96	1.08
Educación (años)	0.032	1.76	1.01-2.46	1.07
Trastorno bipolar	0.013	1.37	1.09-2.32	1.01
Edad 1° admisión	0.021	1.13	1.02-2.41	1.01
Riesgo cierto e inminente	0.034	2.43	2.01-3.10	1.00

$R^2=9.60$; $F=24.15$, $df=9$, $p<0.01$

Discusión

Factores demográficos

En la composición sociodemográfica de la muestra predominaron varones; solteros o divorciados, con problemas de relación de pareja, viviendo solos, con nivel educacional básico, desempleados, a menudo con problemas de subsistencia. Desde una perspectiva clínica la mayoría tenía un diagnóstico de esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias, y trastornos del eje II particularmente personalidad esquizotípica y límite, es decir, patologías crónicas. Además tenían mayor co-morbilidad, intentos auto-líticos y grandes variaciones diagnósticas entre los sucesivos ingresos (entre 40% y 43%) lo cual concuerda con otras investigaciones (25).

Duración de estadía

Respecto a la DE, se sabe que tiene una determinación multifactorial, resultante de una combinación de factores clínicos y la falta de estructuras de apoyo social, todo lo cual predice DE prolongadas. Las buenas prácticas clínicas durante la internación, al ser homogéneas, no se asocian necesariamente con DE más cortas. Por lo tanto, si bien la DE es relativamente predecible, no es fácilmente modificable, al menos dentro del dominio clínico, por las razones antedichas. Una subpoblación de pacientes que requiere no solo asistencia psiquiátrica sino condiciones de alojamiento y red social de apoyo comunitario-familiar, prolonga la duración de la internación y en consecuencia contribuye al bloqueo de las camas disponibles (26). Este hallazgo es consistente con otros estudios publicados (27). Del mismo modo, la disponibilidad de vivienda segura en la comunidad fue un factor importante que postergó el alta de los pacientes que habían pasado largos períodos de internación en varios hospitales psiquiátricos de Queensland (Australia) (28).

Otros resultados del presente estudio fueron consistentes con otros estudios previos. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno de personalidad límite, co-mórbido con consumo de alcohol/drogas se asoció con DE más cortas (29). Nuestro estudio también sugiere que un diagnóstico de trastorno de adaptación o crisis situacional se asoció con DE acortadas. En nuestra población muestra, el hecho de vivir en el partido y el mejor nivel educacional con finalización de la escuela secundaria, predijeron DE acortada. En un estudio Israelí de registro nacional de casos sobre la duración de la internación hospitalaria se encontró que el menor nivel educativo de los pacientes predijo mayor DE (30). Los datos referentes a que los pacientes extrapartidarios muestran mayor DE y mayor tasa de reingresos podría deberse no tanto a fenómenos clínicos sino a que es posible que consulten a los servicios comunitarios en una etapa más tardía de su desorden, con el consecuente peor pronóstico. Una posible explicación

para los resultados actuales es que factores tales como los valores culturales de la comunidad orientados a mejorar los lazos familiares podrían transformar a la unidad familiar-vecinal, haciéndola más tolerante con los desórdenes mentales y del comportamiento de sus familiares enfermos. Una interpretación similar se encontró en el estudio israelí ya citado. También se puede presumir que el mayor nivel educativo podría reflejar un adecuado afrontamiento y mejor nivel funcional premórbido, contribuyendo así a una estancia hospitalaria más corta.

Corroborando la evidencia anecdótica, los pacientes transferidos de otros servicios de salud mental bloquearon por más tiempo las camas de hospitalización. La mayoría de los pacientes tenía un diagnóstico de psicosis (40%) y la causa más frecuente de ingreso fue para contención del riesgo. Esto podría reflejar el hecho de que los servicios públicos de salud mental se destinan principalmente a personas con enfermedad mental grave y su admisión psiquiátrica a menudo puede ser precedida por disturbios del comportamiento que no puede ser contenido en la comunidad (31). Contrariamente a la suposición común, este estudio no sugiere que un diagnóstico de trastorno psiquiátrico grave, como la psicosis, la cronicidad de la enfermedad y la severidad de la enfermedad influyan de manera decisiva en la DE, lo cual puede reflejar el desplazamiento de la atención de esta población de pacientes a la comunidad, basado en servicios psiquiátricos de seguimiento tras la desinstitutionalización.

De este modo, la continuidad de los servicios asistenciales entre la internación hospitalaria y la atención post-alta en la comunidad, sumando recursos especializados en la prestación de servicios a estos pacientes, puede estar en la base de la menor DE y la menor tasa de reingresos en nuestro servicio de salud mental, similar a lo observado en otros países desarrollados (32).

Riesgo de reingreso

La asociación entre la DE y el mayor riesgo de re-admisión es un hecho que ha generado muchas controversias. A pesar de estas dificultades existe un cierto consenso sobre las características diferenciales de los pacientes que presentan mayor riesgo de re-admisión comparados con otros grupos de pacientes. Además se ha encontrado en otros estudios estancia en el hospital más reducida, mayor número de ingresos previos, incumplimiento terapéutico (33). En nuestra muestra, una proporción significativa de pacientes reingresó dentro de 12 meses del alta, pero el riesgo de readmisión no se asoció con la DE ni con factores clínicos o calidad de atención hospitalaria durante la admisión índice. Por lo tanto la calidad de atención hospitalaria no se relaciona, por lo menos de manera directa, con la tasa de readmisión. Esto plantea el interrogante sobre la utilidad de emplear la calidad de atención hospitalaria como un predictor proxy de la tasa de readmisión y

por lo tanto de la calidad de los servicios. Sin embargo esto podría deberse, al menos en parte, a que en nuestro caso la atención brindada durante la internación es cualitativamente similar para todos los pacientes, recibiendo igual cantidad de servicios en términos de horas de atención, tratamiento psicofarmacológico, terapia psiquiátrica-psicológica y asistencia social.

Otro predictor de importancia de reingresos hallado fue el número de admisiones previas, tanto recientes (dentro de los 12 meses) como tardías (después de los 12 meses), particularmente para pacientes con trastorno bipolar I y trastorno límite de personalidad. Este hecho puede resultar de utilidad para identificar las características de aquellos pacientes psiquiátricos con mayor probabilidad de reinternaciones.

En el presente estudio se mostraron como buenos predictores de *menor* reingreso la asistencia de sostén luego del alta con grupos de terapia post-alta, y la rápida reinserción en servicios de seguimiento ambulatorio más asertivos, con asistencia y control psiquiátrico, psicofarmacológico y de tratamiento psicológico individual y de grupo después del alta de admisión índice. Incluso el tratamiento involuntario, mediado a través de los padres, pareja o responsables legales, disminuyó la tasa de re-ingreso hospitalario. Este hecho probablemente reduce el riesgo de readmisión como consecuencia de aumentar la adherencia y sostén comunitario dependiendo de lazos sociales y asistenciales. En efecto la falta de adherencia ha sido postulada como uno de los indicadores de reingreso hospitalario (34).

El hecho de que los pacientes extrapartidarios tuvieron mayor tasa de reingresos post-alta puede depender de diferencias en los sistemas de atención de salud mental públicos en las distintas zonas del conurbano. El estudio identificó una subpoblación que corría el riesgo de readmisión formada por pacientes que tenían varios ingresos anteriores, trastornos por uso de alcohol u otras sustancias, pocas redes sociales de contacto y apoyo, y presentaban riesgo para sí o terceros en la admisión índice o intento de suicidio en la misma.

En general este estudio sugiere que la readmisión

psiquiátrica es predecible, y el riesgo de la misma debería poder reducirse a través de la identificación de esta población en riesgo y la adopción en la comunidad de buenas prácticas para la atención continua.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de este estudio es que se basa en auditorías retrospectivas de historias clínicas con 5% de datos faltantes. El instrumento de recogida de datos incluyó numerosas variables que, a su vez, podrían haber diluido la potencia estadística de los predictores. Existe evidencia anecdótica que sugiere que la orientación terapéutica del psiquiatra tratante ejerce una influencia sobre la DE, sin embargo esta variable no fue medida. Este estudio investigó la asociación entre procedencia de pacientes, la DE para los mismos y el riesgo de readmisión, pero no estudió las posibles diferencias culturales entre comunidades de procedencia. La calidad de la atención hospitalaria y comunitaria fue definida a partir de las perspectivas de los médicos tratantes y de la organización del servicio, en lugar de los consumidores y los cuidadores. Estas áreas podrían justificar estudios adicionales.

Conclusión

En resumen, de acuerdo con los resultados del presente estudio, algunos factores tales como el nivel educativo, el tipo de tratamiento recibido y el estado civil permiten predecir una mayor DE. El riesgo de re-ingreso estaría asociado con el número de internaciones previas, el diagnóstico, el mayor riesgo presentado por la patología, el nivel educativo y el estado civil. La modificación de algunos de estos condicionantes, sumado a las buenas prácticas asistenciales comunitarias, podrían acortar la DE y disminuir el riesgo de re-internación, mejorando la calidad de la atención en salud mental

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses. ■

Referencias bibliográficas

- Sealy P, Whitehead PC. Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 49 (4): 249-57.
- Lien L. Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? *Nordic Journal of Psychiatry* 2002; 56 (1): 23-8.
- Niehaus DJ, Koen L, Galal U, Dhansay K, Oosthuizen PP, Emsley RA & Jordaan E. Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients. *BMC psychiatry* 2008; 8(1), 44.
- Shumway M, Leary M, Dilley J, Mangurian C. Patient factors associated with extended length of stay in the inpatient psychiatric units of a large county hospital. Abstract Book, 165th Annual Meeting, *American Psychiatric Association*, Philadelphia, May 5-9, 2012.
- Thompson A, Shaw M, Harrison G, Ho D, Gunnell D, Verne J: Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 334-341.
- Wolff J, McCrone P, Patel A., Kaier K, Normann C. Predictors of length of stay in psychiatry: analyses of electronic medical records. *BMC psychiatry*; 2015, 15(1), 238.
- Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric in-patients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38:155-68.
- Hodgson R, Lewis M, Boardman J. The prediction of in-patient length of stay for acute psychiatric admissions. *J Ment Health* 2000; 9: 145-153.
- McCrone P, Phelan M: Diagnosis and length of psychiatric in-patient stay. *Psychol Med* 1994; 24: 1025-1030.
- Sytema S, Burgess P, Tansella M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalisation in new patients with schizophrenia disorder? *Schizophr Bull* 2002; 28:273-281.
- Auffarth I, Busse R, Dietrich D, Emrich H. Length of psychiatric inpatient stay: comparison of mental health care outlining a case mix from a hospital in Germany and the United States of America. *German J Psychiatry* 2008; 11:40 - 44.
- Fontanella CA. The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2008; 78(2):187-98.
- Mental Health Council of Australia. Not for service: experience of injustice and despair in mental health care in Australia. Mental Health Council of Australia, Canberra, 2005.
- Beecham J. Access to mental health supports in England: crisis resolution teams and day services. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28:547-587.
- Kalra AD, Fisher RS, Axelrod P. Decreased length of stay and cumulative hospitalized days despite increased patient admissions and readmissions in an area of urban poverty. *Journal of general internal medicine* 2010; 25(9), 930-935.
- Agrest, M. y col. Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* 1993; V (17): 167-175.
- Sacco M, Rodríguez RC. Reingresos de pacientes esquizofrénicos a un año de su alta; *Alcmeón* 2001, XII, 10(1).
- Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission as an indicator of quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 2007; 34 (2): 137-50.
- Weiss C, Santander J, Aedo I, Fuentes X. Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2013; 51(4), 239-244.
- Sánchez R, Jaramillo LE, Herazo MI. Factors associated with early psychiatric rehospitalization. *Biomédica* 2013; 33(2), 276-282.
- Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57(3), 277-283.
- Doering S, Muller E, Kopcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Muller P, Muller-Spahn F, Tegeler J, Schussler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; 24: 87-98.
- Snedecor GW, Cochran WG. Statistical methods, 8th edition. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 1989; 52, 439.
- Storey J, Rowland J, Basic D, Conforti D, Dickson H. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) (RUDAS): A Multicultural Cognitive Assessment Scale. *International Psychogeriatrics* 2004; 16(1) 13-31.
- Linares H, Hernández JJ, Castrodeza JJ, de la Gándara M, Negueruela E. Variabilidad en los diagnósticos de una cohorte de reingresos en las dos últimas décadas; *Actas Españolas de Psiquiatría* 2003; 31(1), 18-23.
- Erickson RC, Paige AB. Fallacies in using length of stay and return rates as measures of success. *Hospital Community Psychiatry* 1973; 24: 559-561.
- Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission as an indicator of quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 2007; 34 (2): 137-50.
- Browne G, Courtney M, Meehan T. Type of housing predicts rate of readmission to hospital but not length of stay in people with schizophrenia on the Gold Coast in Queensland. *Australian Health Review* 2004; 27(1), 65-72.
- Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45(7), 578-585.
- Lerner Y, Zilber N. Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: a National Case Register study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010; 47(4):304 - 307.
- Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103(3):203-11.
- James S, Charlemagne SJ, Gilman AB, Alemi Q, Smith RL, Tharayil PR, Freeman K. Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2010; 37(5), 433-445.
- Systema S, Burgess P, Tansella M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, the Netherlands; Victoria, Australia; and South Verona, Italy. *Schizophrenia bulletin* 2002; 28(2), 273-281.
- Al-Sughayir MA. Effect of accreditation on length of stay in psychiatric inpatients: pre-post accreditation medical record comparison. *International Journal of Mental Health Systems* 2016; 10(1), 55.

Rabdomiólisis hipokalémica y esquizofrenia

Natalia Fantacone

Médica psiquiatra. Hospital Tornú. JTP de Salud Mental, Unidad Académica Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari", Facultad de Medicina, UBA

Edgardo Carísimo

*Médico psiquiatra. JTP Salud Mental. Unidad Académica Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari", Facultad de Medicina, UBA
Servicio de Neurología del Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari", Facultad de Medicina, UBA*

Pablo Landi

*Médico especialista en Clínica Médica y Gerontología. Doctor en Medicina.
JTP de la UDH Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari", Facultad de Medicina, UBA*

Eden Del Mar Walsöe

Médica Residente del Servicio de Clínica Médica. Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari", Facultad de Medicina, UBA

Daniel Fadel

*Médico especialista en psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.
Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari". Docente Adscripto de la Iª Cátedra de Farmacología.
Facultad de Medicina, UBA. Director del Curso de Posgrado Avanzado: "Bases Neurobiológicas y Farmacológicas de la Terapéutica Psiquiátrica 2015", Facultad de Medicina, UBA
Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",
Facultad de Medicina, UBA
E-mail: fadel.daniel@lanari.fmed.uba.ar*

Resumen

En este reporte se jerarquiza la necesidad de explorar periódicamente variables del medio interno, dado que algunas alteraciones metabólicas pueden permanecer subclínicas durante el tratamiento antipsicótico. Detectar dichas alteraciones precozmente puede evitar que se precipiten síndromes catastróficos. Se resalta la importancia clínica de las perseveraciones cognitivas en la esquizofrenia dado que pueden condicionar los hábitos de consumo y éstos alterar el medio interno con consecuencias deletéreas sobre la salud. En este caso clínico de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia en fase de mantenimiento, ocurrieron eventos en cascada que transformaron un "accidente domiciliario trivial" (caída desde su propia altura), en un cuadro caracterizado por la oligoanuria, hipokalemia, creatinfosfokinasa (CPK) elevada masivamente e insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis. Se realizó una búsqueda bibliográfica a fin de discernir la causa de tal elevación de CPK. El carácter no letal de dicho cuadro de alto riesgo, pudo lograrse por las medidas de soporte que se adoptaron precozmente. Conclusión: se resalta la importancia de realizar un estrecho monitoreo clínico y de laboratorio para pesquisar interacciones derivadas de hábitos de consumo que son capaces de generar consecuencias no previstas y considerar el alcance del campo de acción del psiquiatra en el contexto del trabajo multidisciplinario.

Palabras clave: Rabdomiólisis - Hipokalemia - Esquizofrenia - Creatinfosfokinasa - Abuso de sustancias.

HYPOKALEMIC RHABDOMYOLYSIS AND SCHIZOPHRENIA

Abstract

The purpose of this report is to emphasize the necessity to periodically explore internal environment variables, as certain metabolic alterations often go unnoticed during antipsychotic treatment. Early detection of such alterations may prevent catastrophic syndromes. We will also stress the clinical relevance of cognitive perseverations in schizophrenic patients, as these often condition habits of consumption which can alter the internal environment. In this clinical case of a schizophrenic patient, a chain of events led to a catastrophic syndrome: a trivial home accident (fall from own height) developed into a condition characterized by oligoanuria, hypokalemia, creatine phosphokinase (CPK) elevation (125,000 IU / L) and acute renal failure with dialysis requirement. This episode was non lethal due to the early implementation of support measures. We performed a revision of the available literature in order to discern the cause of the elevation of CPK. Here we aim to highlight the importance of 1) careful clinical and laboratory monitoring of psychopharmacological treatment, 2) interactions resulting from consumption habits capable of generating unforeseen consequences, 3) the role of the psychiatrist in the context of multidisciplinary work.

Keywords: Rhabdomyolysis - Hypokalemia - Schizophrenia - Creatine - Substance abuse.

Introducción

La rabdomiólisis es un síndrome clínico que se caracteriza por la destrucción y posterior necrosis del músculo esquelético con la liberación de los componentes de músculo lesionado a la circulación sanguínea como vía final común de múltiples procesos (1).

Su expresión clínica puede variar desde un cuadro asintomático, hasta un cuadro clínico caracterizado por síntomas como: dolor muscular, debilidad, palpitaciones, náuseas, vómitos; así como alteraciones del medio interno: orina oscura, hipertermia, diaforesis, alteraciones hidroelectrolíticas, que ante la falta de medidas de soporte inmediatas, pueden desencadenar falla multiorgánica, síndrome de distrés respiratorio agudo, insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada (2).

Las causas de dicho fenómeno son múltiples, siendo las más frecuentes el trauma muscular, el ejercicio intenso, la inmovilización prolongada, las temperaturas extremas, las infecciones, los trastornos metabólicos, las disquinesias, la excitación psicomotriz, entre otros. Otras causas de rabdomiólisis son aquellas generadas por efectos idiosincráticos surgidos del "diálogo" entre el fármaco y el organismo expuesto al mismo (estatinas, antipsicóticos, etc.), psicoestimulantes o alcohol, o bien enfermedades neuromusculares, enfermedades endocrinas (alteraciones tiroideas, cetoacidosis, coma hiperosmolar), síndrome neuroléptico maligno y catatonía, entre otras (3).

El diagnóstico se basa fundamentalmente en el cuadro clínico y un laboratorio con incremento de la creatinfosfokinasa (CPK) y la mioglobina como principales marcadores. En múltiples publicaciones internacionales se establece el concepto de CPK elevada cuando ésta logra aumentar en cinco veces el límite superior normal de la CPK (200 U/I) normatizado por los estándares bioquímicos (1.000 U /l como valor de corte) (4,5). La insuficiencia renal aguda es una de las consecuencias más importantes de la rabdomiólisis, presentándose en un 4%-33% de los casos. El tratamiento se basa en una ade-

cuada hidratación y expansión de volumen con cristaloideas y eventualmente diálisis. A pesar de un adecuado abordaje del fallo renal, uno de cada tres pacientes continúa con requerimiento de asistencia nefrológica (1).

El caso

Se desarrolla el caso de un paciente de 50 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de 20 años de evolución, compensado, que concurre al Servicio de Guardia por presentar lesiones derivadas de la caída desde su propia altura ocurrida en su domicilio, por la cual permaneció postrado en el piso durante 6 horas y sin ningún tipo de asistencia (6).

Desde el punto de vista psiquiátrico, el paciente se encontraba en fase de mantenimiento del tratamiento de su esquizofrenia paranoide desde hacía 8 años. No presentaba signos de la dimensión positiva, no refería ni se detectaban alteraciones agudas de la sensopercepción, de la ideación o del pensamiento. Su conducta era de colaboración y adherencia a las consignas médicas, siempre dentro del marco de un defecto intrínseco de su trastorno psicótico residual con pensamiento rígido y perseveraciones cognitivas. En cuanto al aspecto motor, no presentaba signos de extrapiramidalismo. Conservaba un importante grado de autonomía para desenvolverse con aptitud en las actividades de la vida diaria (vestirse, asearse, alimentarse, etc.) y en las actividades instrumentales de la vida diaria (administración del dinero, uso del teléfono, viajar solo, etc.). En cuanto a conductas de consumo, el paciente tenía antecedentes de consumo de tabaco, además de abuso crónico de *laxantes* y de *bebidas cola* (6). La fase de mantenimiento antipsicótico la realizaba en otra institución desde el año 2012, con el siguiente esquema terapéutico: Risperidona 2 mg/día, prometazina 25 mg/día, clonazepam 0,5 mg/día y divalproato de magnesio 800 mg/día. No recibía tratamiento con antipsicóticos de depósito.

Desde el punto de vista clínico, presentaba limitación en la deambulación, un hematoma patelar izquier-

do y algunas lesiones del arco superciliar homolateral constatándose también oligoanuria. Su sensorio se encontraba conservado (Glasgow 15/15), los signos vitales dentro de parámetros normales no observándose sobrecarga de volumen, colapso circulatorio ni sepsis. Sus mucosas presentaban signos de deshidratación y presentaba orina oscura. El laboratorio de análisis clínicos mostraba al ingreso y en los subsiguientes días los siguientes datos positivos, que fueron denotando una tendencia al agravamiento progresivo. Ejemplo de ello lo constituyen los registros de creatinina y potasio realizados secuencialmente en forma diaria.

- Creatinina de 1,88 mg/dL (en aumento progresivo alcanzando valores de 2,58mg/dl en 24 hs y de 4,01 mg/dl en 48hs) (VN: 0,6 - 1,2 mg/dl) acompañada de mioglobinuria
- K⁺= 3,30 mEq/l (VN: 3,5 - 5,0 mEq/l)
- CPK 125.000 UI/l (VN < 200 UI/l) (4).

Se decide la internación para la exploración clínica con el objeto de determinar la etiología de la rabdomiólisis (primaria o secundaria) y su ulterior abordaje terapéutico. Dentro de las primeras medidas terapéuticas, se instauró inicialmente la reposición de cristaloides y la diálisis trisemanal con el objeto de coadyuvar al riñón en su intento de depuración de los depósitos de mioglobina.

La intervención del Servicio de Psiquiatría fue solicitada a fin de discernir sobre posibles causas farmacológicas de la rabdomiólisis así como también determinar la conducta médica sobre el plan de tratamiento de fase de mantenimiento para la esquizofrenia y evaluar posible participación causal del antipsicótico atípico en la rabdomiólisis.

Entre las causas más frecuentes de rabdomiólisis que cursan con mioglobinuria podemos hallar las traumáticas, las relacionadas con drogas o medicamentos, las metabólicas, las infecciosas (Figura 1).

Figura 1.

Causas de rabdomiólisis	Causas de rabdomiólisis y mioglobinuria
<p>Traumáticas</p> <p>Infecciosas <i>Virales:</i> virus de la influenza B, virus de la parainfluenza, adenovirus, virus Coxsackie, virus ECHO, virus del herpes simple, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, VIH <i>Bacterianas:</i> <i>Streptococcus</i>, <i>Salmonella</i>, <i>Legionella</i>, <i>Staphylococcus</i> y especies de <i>Listeria</i></p> <p>Inflamatorias Polimiositis Dermatomiositis Síndrome de fuga capilar Mordedura de serpiente (sobre todo en Sudamérica, Asia y África)</p> <p>Metabólicas y endocrinológicas <i>Alteraciones electrolíticas:</i> hiponatremia, hipernatremia, hipopotasemia, hipofosfatemia, hipocalcemia Hipotiroidismo, Síndrome hiperosmolar no cetósico Tirotoxicosis Cetoacidosis diabética</p> <p>Drogas Medicamentos</p> <p>Por ejercicio</p> <p>Isquémicas Lesiones isquémicas</p>	<p>Traumáticas Síndrome de aplastamiento, lesión por compresión, síndrome compartimental y oclusión vascular</p> <p>Infecciones <i>Bacterianas</i>, más a menudo enfermedad de los legionarios, estreptococo, <i>Salmonella</i> <i>Virales</i>, más a menudo influenza <i>Micóticas</i> (p. ej. <i>Candida</i>, <i>Aspergillus</i>) Malaria</p> <p>Metabólicas Hipofosfatemia, hipopotasemia, hipo o hipernatremia Coma hiperosmolar y cetoacidosis</p> <p>Drogas Alcohol, heroína, cocaína, fenilciclidina, anfetaminas, ecstasy</p> <p>Medicamentos Clofibrato, estatinas y gemfibrozil Inducida por anestésicos: halotano, succinilcolina Neurolépticos: fenotiazinas, butirofenona</p> <p>Hipertermia Ataque de calor Hipertermia maligna, Síndrome neuroléptico maligno</p>

Modificada de: A.M. Ortega Morales. Actualización en rabdomiolisis. *Bol. SPAO* 2011; 5 (2). <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-18-secciones-41685.pdf?>

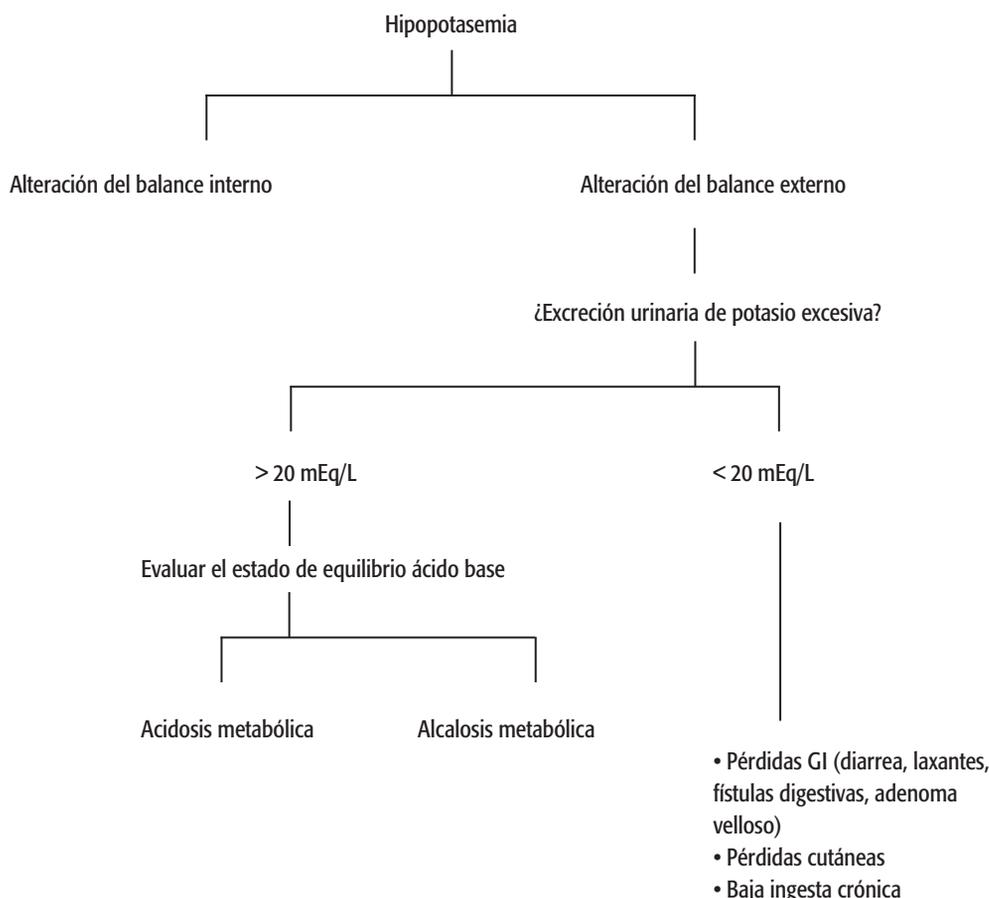
Este paciente si bien había sufrido lesiones compartimentales (por trauma e inmovilización prolongada) y se encontraba en estado de deshidratación grave, estas variables no necesariamente se constituirían como causa de una elevación de CPK de tal magnitud (125.000 UI/l). Tampoco había consumido sustancias de abuso que pudieran elevar la CPK como psicoestimulantes (cocaína) u opiáceos (heroína) y tampoco estaba recibiendo estatinas o fibratos (7). Este paciente si bien no había recibido estimulantes, litio, antidepresivos tricíclicos que podrían elevar la CPK, se encontraba recibiendo antipsicóticos-antihistamínicos: risperidona y prometazina.

Con el fin de determinar la conducta psicofarmacológica a adoptar, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medscape y Cochrane “sin límite de tiempo” con el objeto de evaluar la capacidad de los antipsicóticos para predisponer o precipitar un cuadro agudo de rabdomiólisis. Se utilizaron las palabras “Rabdomiólisis. Hipokalemia. Antipsicóticos. Síndrome neuroléptico maligno”. Si predisponen al aumento de CPK, ¿en qué

magnitud la aumentarían? Y si dicho aumento secundario a ruptura membrana muscular masiva (rabdomiólisis) explicaría el deterioro renal.

Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales en un paciente que recibe antipsicóticos, resulta mandatorio testear si se trata de un síndrome neuroléptico maligno con rabdomiólisis. Entre los datos a favor del mismo, se contaba con el antecedente de estar recibiendo antipsicóticos así como el incremento masivo del valor de CPK. Como datos en contra de dicho diagnóstico diferencial, se resalta la ausencia de rigidez, de hipertermia, de disturbios en la conciencia, o de alteraciones del coagulograma (8). Las enzimas hepáticas y el hemograma eran normales y los signos vitales se encontraban dentro de parámetros normales. Todo ello, contribuía a la hipótesis de que la rabdomiólisis no era explicada por un síndrome neuroléptico maligno sino que podría constituir un epifenómeno, es decir la consecuencia de un primer evento disparador aún no conocido hasta ese estadio de la exploración médica, que justamente requería continuar la investigación.

Figura 2.



Adaptada de: Osorio F, Linas S. Disorders of Potassium Metabolism. En: Robert W. Schrier, editor. Atlas of Diseases of The Kidney, Systemic Diseases and The Kidney. John Wiley and Sons, 1999.

Dentro de las posibles causas de rabdomiólisis que cursan con mioglobulinuria, Luzardo y cols. reportan hipokalemias por debajo de 1.8 mEq/l como posible generadora de aumentos masivos de CPK (9). Pero el caso clínico que reportamos, presentaba una kalemia de 3.3 mEq/l. Nos preguntamos ¿a qué se debió un valor *levemente descendido* de potasio? ¿Se encontraría acaso este valor de kalemia compensado por otro tipo de eventos metabólicos, que habiendo sido activados al comienzo, presentaron valores descendidos que luego fueron corregidos esos valores de potasio, constituyendo una ventana de tiempo por el fenómeno dinámico que no permitió pesquisar la variación de la kalemia. ¿El paciente concurrió después de haber pasado la ventana de tiempo para tal detección? La caída desde su propia altura antes mencionada, ¿constituiría la causa o la consecuencia de esta severa alteración metabólica donde la lesión compartimental intentara corregir la kalemia a través de la rabdomiólisis?

Si la hipokalemia fue la condición metabólica que desencadenó la rabdomiólisis, ¿cuál es la razón por la que en las determinaciones de laboratorio, la hipokalemia era leve? ¿Podría acaso existir una hipokalemia *leve* que “enmascaró” una hipokalemia marcada a raíz de un aumento de los niveles de potasio a consecuencia de la caída de su propia altura?

En cualquier caso resultaba necesaria la “expansión del medio interno” del paciente con cristaloides y el ingreso a diálisis. Se decidió que continuara con clonazepam 3 mg/d y la suspensión de la risperidona y prometazina por estar en fase de mantenimiento, compensado, y por hallazgos de algunos reportes de casos de uso de neurolépticos asociada a rabdomiólisis secundaria (10, 11, 12). La CPK comenzó a mostrar un franco descenso a las 48 hs (CPK 3900 UI/L).

Para el estudio de la hipokalemia en casos de alteraciones en el balance externo de K, Osorio y cols. recomiendan analizar la excreción urinaria de K, y siendo esta menor a 20 meq/l como en este caso reportado, considerar posibles pérdidas gastrointestinales, cutáneas o déficit en el aporte (13) (Figura 2).

Así, se estudió al paciente mediante endoscopía alta y baja, evidenciándose una pseudomelanosis coli, entidad benigna, ocasionada generalmente por abuso de antraquinonas (laxantes). Para su remisión se recomienda la suspensión del abuso de los mencionados laxantes (14) (Figura 3).

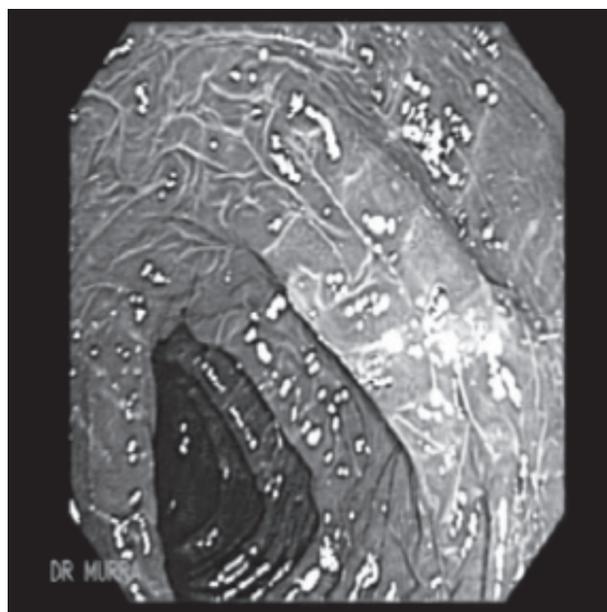
Luego de la corrección del cuadro renal y del tratamiento médico para la pseudomelanosis coli, el paciente fue dado de alta con tratamiento antipsicótico de mantenimiento: Aripiprazol 5 mg/d, divalproato de sodio 1000 mg/d (valproemia dentro de límites normales) y clonazepam 2 mg/d. Ha podido reinsertarse en sus tareas habituales en su domicilio con adecuada funcionalidad y tolerancia al plan psicofarmacológico, así como deshabitación de sus conductas adictivas (laxantes) y a las bebidas cola, las que fueron sustituidas por gaseosas libres de cola y de azúcar.

El paciente participante ha sido informado de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Fisiopatología

En condiciones normales, la célula muscular estriada mantiene el gradiente electroquímico que permite el funcionamiento celular debido a la presencia de bombas sodio-potasio ATPasa dependiente y al intercambiador calcio-sodio ATPasa dependiente, sosteniendo la mem-

Figura 3. Melanosis coli



brana eléctricamente positiva en su exterior y negativa en su interior.

Cuando la célula muscular estriada sufre contracción muscular prolongada y consume la disponibilidad de ATP, ocasiona descenso en la actividad de las bombas mencionadas, con las consiguientes alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas. Esta alteración da lugar a un aumento del sodio y del calcio intracitoplasmático. Así, se activa la fosfolipasa A2 y se sucede una cascada de eventos citotóxicos: disfunción mitocondrial, aumento del sodio intracelular, edema intracelular, aumento del calcio intracelular que aumenta la actividad de las lipasas y proteasas. Se produce la entrada de calcio a la célula a modo calcio dependiente es decir que ante el incremento de calcio intracelular hay mayor entrada de calcio extracelular, generación de radicales libres, activación de caspasas y excitotoxicidad. Estas circunstancias provocan la lesión del sarcolema con la consecuente salida de elementos citoplasmáticos al torrente sanguíneo (lactato, aldolasa, con la consiguiente liberación de CPK, mioglobina, potasio, endotoxinas, ácidos orgánicos a la circulación) (1,15).

Los mecanismos por los que esta situación puede generar insuficiencia renal aguda, si bien no se encuentran totalmente dilucidados, estarían en relación con el aumento de mioglobina en plasma que produce una disminución de la perfusión renal por disminución del óxido nítrico, obstrucción tubular por cilindros de mioglobina y efectos tóxicos directos por acumulación de hierro ante la degradación intracelular de la mioglobina. El riñón reabsorbe y endocita a la mioglobina, acumula hierro y radicales libres que generan oxidación lipídica y del DNA, con la consiguiente falla renal.

Existen varias series en la bibliografía que pretenden encontrar una relación directa entre los niveles de CPK plasmáticos y mioglobina y un mayor riesgo de evolución a insuficiencia renal aguda, intentando establecer un punto de corte a partir del cual el tratamiento hospitalario sería necesario pero a la fecha los resultados obtenidos son poco concluyentes (1,16).

Discusión

Hemos reportado un caso clínico donde se evidencia concurrentemente la presencia de rabdomiólisis en coincidencia temporal al uso de antipsicóticos fuera de un síndrome neuroléptico maligno o síndrome serotoninérgico.

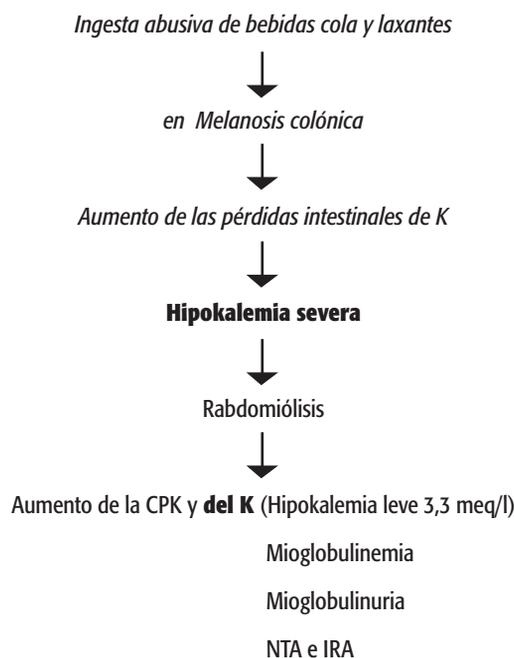
Si bien en múltiples publicaciones científicas se dispone de una abundante base respaldatoria, sobre la posibilidad de que los antipsicóticos típicos o atípicos produzcan rabdomiólisis, las mismas no describen concurrentemente hipokalemia.

En 1996 Meltzer y colaboradores reportaron 11 casos de elevación de la CPK asociados temporalmente a la inclusión de antipsicóticos atípicos, cifra que se correspondía con el 10% de los casos estudiados. Los pacientes en su mayoría permanecieron asintomáticos, no presen-

taban síndrome neuroléptico maligno ni descompensaciones psicóticas. La enzima se elevó entre los 5 días y 2 años de tratamiento, dicho aumento duró entre 4 a 28 días y se autolimitó en varios casos sin generar falla renal (10). Dos casos de tres al reincidir con la administración del mismo antipsicótico atípico, volvieron a elevar la CPK, contribuyendo a la hipótesis de que existe una vulnerabilidad personal y del principio activo para el desarrollo de rabdomiólisis, cuyos determinantes continúan actualmente en estudio y están poco dilucidados y de dicho estudio no surge la recomendación de que es necesario el monitoreo de la CPK y la mioglobulina durante el tratamiento antipsicótico, aunque según otros autores este lineamiento resulta controversial (17); en estudios con neurolépticos se agrega que los agentes típicos no evidenciarían una asociación de tal magnitud (10,18). Así se postula que la administración de drogas bloqueantes del receptor 5HT2A podrían constituirse como factores predisponentes de los aumentos de la CPK (10,18). La asociación de varios agentes bloqueantes del mencionado receptor (polifarmacia) podría aumentar el riesgo aún más (19), como también el uso de dosis altas de antipsicóticos no recomendadas en el prospecto (20-22). También las disquinesias, las descompensaciones psicóticas o las excitaciones psicomotrices podrían elevar la CPK *per se*, desconociéndose si el mecanismo resulta de adición o sinergia.

Por otro lado, considerando los casos que ingresan a distintos servicios de clínica médica por rabdomiólisis, Packard y cols. demuestran en un estudio de 673 casos, que el 10,5 % de ellos fueron en contexto de tratamiento antipsicótico, lo cual constituye un valor significativamente mayor en comparación con la población general en Estados Unidos. En dicho país, la tasa de administración de antipsicóticos ronda el 1,3 %, que incluye la población adulta e infanto-juvenil, siendo los factores desencadenantes más frecuentemente citados de rabdomiólisis: la polifarmacia antipsicótica, la quetiapina y la olanzapina (23, 24). Sin embargo ello coincide con la mayor tasa de prescripción de estas drogas mencionadas y por lo tanto de reportes para los mismos. También informaron que el inicio de la rabdomiólisis ocurrió dentro de 2 meses de iniciado el tratamiento en la mayoría de los pacientes y fue precedido por dolor muscular y abdominal en la semana previa al diagnóstico (25).

La asociación de rabdomiólisis con psicofármacos también se ha evidenciado con el uso de antidepresivos y estabilizadores afectivos: mirtazapina, ácido valproico como también con los antipsicóticos mencionados (quetiapina, olanzapina) (17, 19, 25, 26). Se considera que el mecanismo subyacente sería el bloqueo del receptor 5-HT2A en el miocito, que alteraría la permeabilidad de la membrana celular en forma intermitente en determinados pacientes que expresen un nivel de vulnerabilidad mayor, provocando una absorción de glucosa deficiente, con el consiguiente déficit en la producción de ATP, entrando así la célula en anaerobiosis, falla del funcionamiento de las bombas, desequilibrio calcio intrace-

Figura 4. Cascada de eventos citotóxicos que derivan en alteración del medio interno.

lular/extracelular, liberación de calcio del retículo endoplásmico, masiva entrada de calcio extracelular a modo calcio-dependiente, producción de especies reactivas del oxígeno, activación de caspasas, excitotoxicidad, liberación de CPK y rabdomiólisis clínica. Adicionalmente el bloqueo dopaminérgico nigro-estriatal por antipsicóticos promueve rigidez excesiva, y consiguiente elevación de la CPK, con lo cual con este mecanismo los antipsicóticos con baja afinidad por el receptor D_2 podrían reducir la influencia de este camino. A la fecha es necesario continuar con la investigación en los mecanismos implicados (18, 23).

En el caso reportado, con kalemia de 3,3 meq/l la caída del paciente desde su propia altura que en principio podía ser causa de lesión muscular, se constituyó más que nada en un epifenómeno del trastorno metabólico que hasta ese momento era subclínico (rabdomiólisis e hipokalemia severa).

Nuestro trabajo consistió en no claudicar en la búsqueda de otros factores desencadenantes, toda vez que la insuficiencia renal no es una condición médica habitual con los neurolépticos fuera de un síndrome neuroléptico maligno.

Al efectuar exploraciones complementarias en la búsqueda de la causa de la hipokalemia, se dio lugar a la detección de hábitos de consumo de sustancias, que combinadas son capaces de provocar hipokalemia subclínica tanto por la interacción entre ellas como por el

daño tisular que dicho abuso puede provocar en órganos que están vinculados a la absorción o a la eliminación de potasio.

Cuando la excreción urinaria de K resulta excesiva pero menor a 20 meq/l, como en este paciente, la colonoscopia resulta mandatoria (13). En este caso evidenciaba pseudomelanosis coli, que es una entidad causada por absorción de productos aromáticos y por el uso excesivo de laxantes derivados del antraceno (cáscara sagrada, aloe, senna y fragula) cuya acumulación de pigmentos otorga a la mucosa colónica una coloración característica y generalmente aparece en forma de hallazgo en los pacientes a los que se les realiza estudios endoscópicos del tracto digestivo inferior y que al interrogarlos refieren una historia de abuso de laxantes (Figura 3) (14).

Los laxantes que el paciente consumía, como consecuencia de sus perseveraciones cognitivas en contexto de la esquizofrenia, habían favorecido por un lado la melanosis coli, entidad que se asocia a la hipokalemia por déficit en la absorción de K (Figura 4).

En este sentido, existen reportes que describen la producción de rabdomiólisis hipokalémica secundaria al abuso de laxantes (14, 27, 28). Si bien los laxantes son de uso frecuente en la población general, se conoce que su uso crónico puede causar alteraciones hidroelectrolíticas

que sitúan al paciente en riesgo de producir interacciones farmacológicas y además, al ser osmóticamente activos, elevan la osmolaridad intestinal, incrementando las cantidades de iones K y minerales en el lumen con el consiguiente arrastre de agua y diarrea (27).

Por otro lado, se han descrito casos de hipokalemia en contexto de abuso de bebidas cola en adolescentes y adultos, que cursan con síntomas neurológicos como debilidad muscular, caídas, crisis paroxísticas (29) siendo la misma una complicación de la administración crónica de la glicirricina (ácido glicirricínico). Esta molécula, cuya estructura química es similar a la aldosterona, actúa a nivel de túbulo renales originando retención de sodio y agua, y también pérdida de potasio. La glicirricina se utiliza como edulcorante en la industria de las gaseosas y los licores, en la industria del tabaco para mejorar el sabor de este, así como también como antiherpético, antiinflamatorio, expectorante o antiácido (30-34). Si bien en estos casos la hipokalemia es generalmente leve, al complicarse con vómitos y deshidratación puede llevar a insuficiencia renal aguda (31). En el mecanismo que se propone estaría vinculado al antagonismo del receptor a adenosina 2A2 por la cafeína, que vía proteína Gs, activa a la adenilciclase, elevando los niveles de AMPc y generando cambios en la concentración del K intracelular (K_{ic}). Además, el aumento de la osmolaridad, activa el sistema renina angiotensina aldosterona, aumentando así la filtración glomerular con la consiguiente pérdida de K.

La cafeína, los agonistas de los receptores β, la alcalosis respiratoria y la migración intracelular de K, sumado a la diuresis osmótica que produce la glucosa y entrada de K a la célula por el estado de hiperinsulinemia, exacerban aún más las pérdidas de K. (35, 36)

En este caso además de no contarse con una adecuada absorción de K por el uso abusivo de laxantes, se combinó un incremento de la eliminación del mismo por el abuso de bebidas cola, acrecentando aún más la hipokalemia. Queremos subrayar el rol crítico que ocupan las perseveraciones cognitivas en este caso en la patogénesis de la hipokalemia toda vez que condicionan la conducta a partir de rumiaciones recurrentes. Así, la presencia de síntomas de la dimensión cognitiva en la esquizofrenia, sitúa al paciente en un estado de vulnerabilidad mayor para las descompensaciones metabólicas, y es recomendable que el psiquiatra explore estos hábitos de consumo / abuso de sustancias o fármacos para la prevención.

Asimismo, otros trastornos psiquiátricos como los trastornos neurocognitivos mayores, los trastornos de la conducta alimentaria (particularmente purgativos en la bulimia nervosa), las adicciones, el síndrome de Munchausen, deben ser considerados ante la sospecha de signo-sintomatología compatible con hipokalemia y rhabdomiólisis (30, 31, 32).

Conclusiones

Se concluye que la exploración sistemática de algunas variables del medio interno (potasio, sodio, CPK, etc.) en contexto del tratamiento psicofarmacológico permitiría detectar precozmente formas subclínicas de modificaciones metabólicas que podrían precipitar síndromes catastróficos como en este caso reportado, que requirió de diálisis y medidas de soporte.

La búsqueda persistente de una interpretación diagnóstica de la etiología de la hipokalemia y el uso de los antipsicóticos atípicos como predisponentes para la rhabdomiólisis se hizo factible al no claudicar la búsqueda, en forma multidisciplinaria, de evidencia en bases científicas respaldatorias.

Asimismo, las perseveraciones cognitivas como síntoma de la dimensión cognitiva en la esquizofrenia en particular y en las psicosis en general así como la escasa flexibilidad para modular la toma de decisiones, y los hábitos de consumo imponen la necesidad de realizar un estrecho monitoreo clínico y de laboratorio del tratamiento farmacológico por posibles interacciones derivadas de hábitos de consumo.

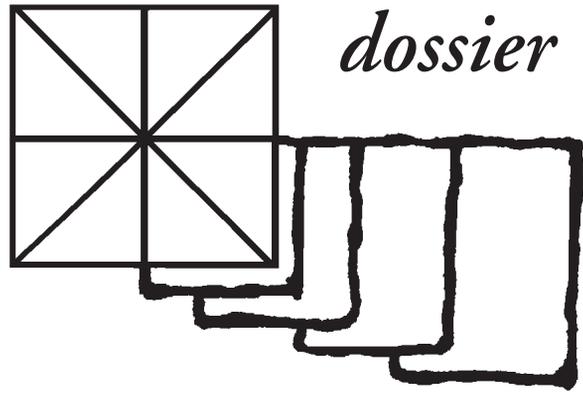
La búsqueda de conductas de abuso de sustancias, como los laxantes (en la esquizofrenia, el retraso mental, el síndrome de Munchausen, los trastornos de la conducta alimentaria purgativos, etc.) pueden intercurrir con rhabdomiólisis secundaria al desequilibrio hidroelectrolítico, y el monitoreo de los parámetros metabólicos debe ser considerado por el psiquiatra ya que sus consecuencias podrían ser fatales y sólo detectadas en un trabajo verdaderamente transdisciplinario.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses tratándose de un reporte de caso en el cual se mantiene la confidencialidad de los datos de identidad personales del paciente. ■

Referencias bibliográficas

1. Madrazo Delgado M, Uña Orejón R, Redondo Calvo FJ, Criado Jiménez A. Rabdomiólisis isquémica y fracaso renal agudo. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación* 2007; 54: 425-435.
2. Duarte Mote J, Díaz Meza S, Lee Eng Castro VE. Rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda. *Med Int Mex* 2007; 23:47-58.
3. Huerta-Alardín AL, Varon J, Marik PE. Bench-to bedside review: Rhabdomyolysis- an overview for clinicians. *Critical Care* 2005, 9: 158-169.
4. Zutt R, van der Kooij AJ, Linthorst GE, Wanders RJ, de Visser M. Rhabdomyolysis: Review of the literature. *Neuromuscular Disorders* 2014; 24: 8, 651-659.
5. Ballantyne M. Clinical lipidology. A Companion to Braunwald's Heart Disease. Ed. Saunders, 2015.
6. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2014. Editorial Médica Panamericana.
7. Klasner AE, Coco TJ. Drug-induced rhabdomyolysis. *Curr Opin Pediatrics* 2004; 16:206-210.
8. Voros V, Osvath P, Fekete S, Tenyi T. Elevated serum creatine kinase levels in psychiatric practice: differential diagnosis and clinical significance: A brief, practical guideline for clinicians. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2008; 12(2): 147-150.
9. Luzardo L, Silvarriño R, Boggia J, Noboa O, Gadola L. Rabdomiólisis por hipopotasemia severa. *Rev Med Chile* 2014; 142: 651-655.
10. Meltzer HY, Cola PA, Parsa M. Marked elevations of serum creatine kinase activity associated with antipsychotic drug treatment. *Neuropsychopharmacology* 1996 Oct;15 (4):395-405.
11. Jafferany M, Lowry J. Case Report of Olanzapine-Associated Elevation of Serum Creatine Kinase in a 16-Year-Old Boy With Heat Stroke. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(3): 250-252.
12. Boot E, de Haan L. Massive increase in serum creatine kinase during olanzapine and quetiapine treatment, not during treatment with clozapine. *Psychopharmacology* 2000; Volume 150, Issue 3, 347-348.
13. Osorio F, Linas S. Disorders of Potassium Metabolism. Atlas of Diseases of The Kidney, Systemic Diseases and The Kidney. John Wiley and Sons, 1999.
14. van Gorkom BA, de Vries EG, Karrenbeld A, Kleibeuker JH. Anthranoid laxatives and their potential carcinogenic effects. *Aliment Pharmacol Ther* 1999 Apr;13(4):443-52.
15. Chatzizisis YS, Misirli G, Hatzitolios AI, Giannoglou GD: The syndrome of rhabdomyolysis: Complications and treatment *European Journal of Internal Medicine* 19 (2008) 568-574.
16. Ortega Morales AM. Actualización en rabdomiólisis. *Bol. SPAO* 2011; 5 (2). *Psychopharmacology* 2006; 185, 2: 263-264.
17. Erdogan S. Massive Creatine Kinase and Hepatic Enzyme Elevation due to Quetiapine and Valproic Acid Treatment: A Case Report. *Archives of Neuropsychiatry* 2012; 49: 238-240.
18. Meltzer HY Massive serum creatine kinase increases with atypical antipsychotic drugs: what is the mechanism and the message? *Psychopharmacology* 2000; 150:349-350.
19. Apikoglu Rabus S, Izzettin F, Rabus M, Bilici M. Severe creatine kinase increase during quetiapine and mirtazapine treatment. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;185(2):263-4.
20. Smith RP, Puckett BN, Crawford J, Elliott RL. Quetiapine overdose and severe rhabdomyolysis. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24:343.
21. Himmerich H, Ehrlinger M, Hackenberg M, Löhr B, Nickel T. Possible case of quetiapine induced rhabdomyolysis in a patient with depression treated with fluoxetine. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26:676-677.
22. Bachmann CJ, Nicksch B, de Lange D, Theisen FM, Renschmidt H. Repeated creatine kinase elevation under treatment with quetiapine, clozapine and aripiprazole in an adolescent. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27:710-711.
23. Packard K, Price P, Hanson A. Antipsychotic use and the risk of rhabdomyolysis. *J Pharm Pract* 2014;27(5):501-12.
24. Star K, Iessa N, Almandil NB, Wilton L, Curran S, Edwards IR, Wong IC. Rhabdomyolysis reported for children and adolescents treated with antipsychotic medicines: a case series analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2012; 22(6):440-451.
25. Boot E, de Haan L, et al. Massive increase in serum creatine kinase during olanzapine and quetiapine treatment, not during treatment with clozapine. *Psychopharmacology* 2000; 150:347-348.
26. Klein JP, Fiedler U, Appel H, Quante A, Jockers-Scherübl MC. Massive creatine kinase elevations with quetiapine: Report of two cases - A case report. *Pharmacopsychiatry* 2006;39(1):39-40.
27. Merante A, Gareri P, Marigliano NM, De Fazio S, Bonacci E, Torchia C, Russo G, Lacroce P, Lacava R, Castagna A, De Sarro G, Ruotolo G. Laxative-induced rhabdomyolysis. *Clin Interv Aging* 2010;5:71-3.
28. Dubey D, Sawhney A, Sharma A, Dubey D. Paroxysmal paralytic attacks secondary to excessive cola. *Clin Med Res* 2014;12(1-2):61-64.
29. Kasap B, Soylu A, Cetin BS, Camlar SA, Türkmen MA, Kavukçu S. Acute kidney injury following hypokalemic rhabdomyolysis: complication of chronic heavy cola consumption in an adolescent boy. *Eur J Pediatr* 2010;169(1):107-111.
30. Ditch SM, Tosh AK. A college student with muscle cramps and weakness. Diagnosis: Bulimia nervosa, purging subtype, complicated by rhabdomyolysis and acute renal failure. *Clin Pediatr (Phila)* 2013;52(8):770-3.
31. Krahn LE, Lee J, Richardson JW, Martin MJ, O'Connor MK. Hypokalemia leading to torsades de pointes. Munchausen's disorder or bulimia nervosa? *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19(5):370-7.
32. Matrana MR, McDonald PF, Rostlund E. Severe hypokalemia and hematuria: a case of Munchausen's syndrome. *J La State Med Soc* 2011 Jan-Feb;163(1):21-5.
33. Van den Bosch AE, van der Klooster JM, Zuidgeest DHM, Ouwendijk RJT, Dees A. Severe hypokalemic paralysis and rhabdomyolysis due to ingestion of liquorice. *J Med* 2005; 63:146-148 2.
34. Chubachi A, Wakui H, Asakura K, Nishimura S, Nakamoto Y, Miura AB. Acute renal failure following hypokalemic rhabdomyolysis due to chronic glycyrrhizic acid administration. *Intern Med* 1992; 31:708-711
35. Dubey D, Sawhney A, Sharma A. Paroxysmal paralytic attacks secondary to excessive cola. *Clin Med Res* 2014;12(1-2):61-4.
36. Je R, Faunt JD. Excessive cola consumption as a cause of hypokalaemic myopathy. *Intern Med J* 2001; 31:317-318.



VULNERABILIDAD

Coordinación

Juan Costa

Martín Nemirovsky

Silvia Wikinski

El tema del dossier que forma parte de este número de la revista VERTEX es original y al mismo tiempo ha sido revisado desde distintos vértices previamente. La vulnerabilidad y la salud mental interactúan recíprocamente en muy diversas formas: la falta de salud mental, o la enfermedad mental, son en sí mismas una condición de vulnerabilidad en las dimensiones subjetiva, social, económica y laboral. Por otro lado, la vulnerabilidad en las distintas esferas mencionadas constituye un factor de riesgo para que la salud mental se vea afectada. Vemos entonces que la vulnerabilidad puede ser, en un extremo, considerada un rasgo del sujeto o de un grupo de sujetos y, en el otro, una consecuencia de condiciones desfavorables a la que los mismos se vieron expuestos. Entre ambos extremos hay un campo teórico y clínico fértil para la reflexión, el estudio y la investigación. De hecho, una búsqueda bibliográfica que utilizó como criterios los términos “vulnerabilidad” y “salud mental” muestra un variado y abultado conjunto de trabajos referidos a las consecuencias sobre la salud mental de situaciones tan diversas como desastres naturales, la emigración, el exilio, las violencias política, doméstica, de género, institucional, las desfavorables condiciones patológicas como las enfermedades neurológicas, o etapas del ciclo vital como la infancia, la niñez, la adolescencia o la vejez. Vemos entonces que hay momentos vitales en los que las personas tenemos menos capacidad para un ejercicio pleno de nuestra ciudadanía, motivo por el cual se han ido estableciendo marcos normativos que

buscan equiparar las capacidades a las de quienes no sufren dichas dificultades. Por otro lado, algunas formas de vulnerabilidad son consecuencia de decisiones políticas y/o económicas, o responden a patrones socio-culturales que entrañan diversas formas de violencia social. Los profesionales de la Salud Mental frecuentemente nos encontramos en la primera línea de acción frente a estas diversas situaciones y es tal vez por ello que nos inquietan particularmente; nos interrogan en nuestra propia subjetividad como humanos, a la vez que nos imponen la tarea de articular diversos medios para paliar las consecuencias desfavorables o prevenir su ocurrencia o sus complicaciones.

Un aspecto particularmente debatido en lo que se refiere a vulnerabilidad y sus consecuencias es el de quién o quiénes son los principales responsables de actuar para prevenir o para asistir a los afectados. Lenta pero sólidamente se está construyendo un plexo normativo que señala a los Estados y a los Organismos que los nuclea (como la ONU o la OEA) como los garantes en última instancia de la protección de los seres humanos, y en especial de aquellos que resultan más vulnerables o vulnerados. Ejemplos de estos avances son la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Declaración de Costa Rica sobre los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas, o la Declaración del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre los Refugiados.

Sin embargo, sabemos que estos acuerdos son un punto de partida y que garantizar su cumplimiento para cada caso en particular es una tarea ardua a la cual las sociedades en sus distintos niveles de organización prestan más o menos atención según contingencias políticas y económicas.

El grado en que cada Estado pone en agenda la equiparación de derechos en favor de sus poblaciones vulnerables es un indicador de su desarrollo. Si bien el acceso a los servicios sanitarios pareciera estar en un primer plano, no son menos importantes el acceso a la educación, al trabajo, a la vivienda y a la justicia. Todo el entramado social debe hacerse cargo de esta responsabilidad. Esto se hace evidente a la hora de analizar el lugar que ocupan en la agenda social el estigma, la discriminación, la xenofobia, la violencia de género o el bullying, por citar algunos de los fenómenos más debatidos en los últimos años.

El presente dossier propone un primer recorte de las formas en que distintas condiciones de vulnerabilidad se relacionan con la salud o la enfermedad mental. En esta ocasión el eje principal está puesto en políticas o iniciativas que buscan paliar las interacciones adversas mutuas entre enfermedad mental y diversas formas de vulnerabilidad.

El trabajo de Carlos Conte y Araceli López repasa cronológica y conceptualmente la evolución de las políticas de inclusión de las personas con discapacidad, poniendo el acento en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Las clasificaciones no son ajenas a la aplicación de esta Convención, de modo que es relevante analizar cómo la Organización Mundial de la Salud propone categorizar y clasificar esta condición. Por tal motivo, los autores presentan la clasificación multidimensional que adoptó la OMS y señalan sus virtudes.

Laura Sobredo, a su vez, se refiere al marco normativo en el que se basa la protección a los Derechos Humanos de las mujeres. Expone el Derecho Internacional relativo a los Derechos Humanos con eje en los enunciados

acerca de la protección a dichos derechos, pero lo hace no en términos puramente jurídicos sino señalando el relieve que este marco tiene en el ejercicio específico de nuestra especialidad. Aun cuando el reclamo contra la violencia contra las mujeres cobra día a día mayor visibilidad, no es sin esfuerzo que -tanto a nivel colectivo como en la intimidación del consultorio- su vigencia se ve desafiada permanentemente. Este trabajo señala y reflexiona acerca de estas vicisitudes.

El artículo que aportan Belén Moreno, Mariana Pedace y Daniel Matusевич incursiona en una dimensión de la noción de vulnerabilidad que, así como lo resaltan en el trabajo, es poco tenida en cuenta, y se encuentra marginalmente incluida en espacios de discusión profesional y política: aquella que afecta a los adultos mayores. Tomando como punto de partida un artículo publicado en Vertex en 1998, revisan distintas formas de conceptualizar esta problemática ubicando distintos niveles de análisis y de intervenciones posibles. En este sustancioso artículo los autores ilustran aspectos de la problemática a través de citas literarias que seguramente conmoverán a sus lectores.

En su texto, Erica Gunther presenta de manera visceral la dramática historia de una niña de 12 años atendida en la guardia de un hospital monovalente y de qué manera la complejidad social desborda las lógicas y las prácticas insitucionales allí donde estas situaciones se muestran en toda su crudeza.

Por su parte, Silvina Bekerman, Mariana Lagos y Noemí Sosa describen en su artículo la historia de tres décadas y el recorrido implicado del equipo del que forman parte, dedicado al acompañamiento y abordaje de víctimas de traumas de origen social. Nos presentan los distintos contextos histórico-políticos en los que vienen desarrollando su práctica, las modalidades de trauma social sobre las que han desplegado intervenciones, los operadores teórico clínicos en los que sostienen su tarea; resulta de particular interés la forma en la que plantean la particular implicación personal que se les impone a los terapeutas y las estrategias que se da el dispositivo para afrontarla. ■

Del sujeto excluido al ciudadano con derechos: las nuevas conceptualizaciones en la discapacidad

Carlos Conte

*Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Sociales
Presidente Fundación QUALIS. Universidad Isalud
E-mail: cconte@isalud.edu.ar*

Araceli López

*Terapeuta Ocupacional. Master en Integración de Personas en la Comunidad
Directora Especialización en Gestión
de Servicios para la Discapacidad. Universidad Isalud*

Resumen

Los nuevos modelos para la comprensión de las personas con discapacidad y sus necesidades van de la mano de una ampliación de sus derechos. Se hace un recorrido respecto de los mismos y de los cambios producidos en los últimos años, como así de los próximos desafíos que trae consigo la aplicación de la Convención sobre los Derechos para las Personas con Discapacidad (CDPD), que en la República Argentina posee jerarquía constitucional. Asimismo, se hace mención a la incorporación de una nueva forma multidimensional de clasificación de la discapacidad de la OMS que considera las deficiencias de una persona conjuntamente a las limitaciones en su actividad y a las restricciones en la participación. Se hace mención a los modelos de calidad de vida y de los apoyos como una forma de guiar las acciones profesionales. Por último, se mencionan algunas consecuencias que estas nuevas conceptualizaciones tienen para las distintas disciplinas en general y para la salud mental en particular.

Palabras clave: Discapacidad - Calidad de vida - Autodeterminación - Inclusión - Derechos de las personas con discapacidad.

FROM EXCLUDED INDIVIDUALS TO RIGHTS-ENDOWED CITIZENS: THE NEW APPROACHES TO DISABILITY

Abstract

The new models for understanding persons with disabilities and their needs come with an expansion of their rights. This article discusses the new approaches, the changes produced in recent years, and the upcoming challenges posed by the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), which, in Argentina, is on equal par with the Constitution. Additionally, the article mentions the incorporation of the World Health Organization's new multi-dimensional classification of disability, which takes into account the impairments suffered by persons along with any limitations on their activities and constraints on participation. The article discusses quality of life models and supports as guidelines for professional action. Finally, the article mentions some consequences of these new approaches for the relevant disciplines in general and for mental health in particular.

Keywords: Disability - Quality of life - Self-determination - Inclusion - Rights of persons with disabilities.

Dentro de poco se cumplirán sesenta años desde que Ed Roberts quiso estudiar en la Universidad de Berkeley. Esta decisión contradujo los pronósticos que auguraban que su discapacidad “severa” sería una limitante para vivir en la comunidad. Roberts fue admitido en la carrera de Ciencias Políticas y aunque tuvo dificultades para alojarse en el campus debido a las barreras edilicias, pudo hacerlo en la enfermería de la universidad. Algunos autores consideran este hecho como el inicio de la lucha por la vida independiente de las personas con discapacidad (1).

Roberts puso de manifiesto, por un lado, las limitaciones de la sociedad para incluir a los “diferentes” (quienes indefectiblemente tenían que pasar por el ámbito de la salud, aunque fuera para dormir, como en este caso) y por otro, confrontó los modelos mentales de la discapacidad vigentes en la década del sesenta. ¿Acaso hoy en día sería otra la situación de Roberts?

Un logro importante en la historia ha sido la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, hoy firmada por ciento sesenta y seis países. En ella se adopta una visión amplia de las personas con discapacidad, se reafirman los derechos humanos y libertades fundamentales en condiciones iguales a cualquier otra persona.

En 2014, la Argentina, mediante la Ley 27.044, otorga jerarquía constitucional a dicha Convención y a su protocolo facultativo que ya había sido anteriormente ratificada por la Ley 26.378. De esta manera, nuestro país consolida una política de Estado de más de treinta años sobre los derechos de las personas con discapacidad, un colectivo que hoy representa el 12,9% de la población (2).

Dicha convención introduce una nueva forma de pensar la discapacidad, entendiendo que la misma es el producto del encuentro entre personas que presentan una determinada deficiencia, de las barreras generadas por el entorno y de las actitudes sociales que limitan su capacidad para participar en condiciones de igualdad en la sociedad. La misma recomienda que la persona con discapacidad sea provista de todos los apoyos que necesite, como y cuando los requiera, tanto para su autonomía e independencia en la toma de decisiones, como para el ejercicio pleno de sus derechos.

Este cambio de paradigma resulta particularmente innovador en el caso de las personas que presentan una discapacidad mental o psicosocial. Por primera vez se las distingue y diferencia de las personas que presentan una discapacidad intelectual. Hasta entonces sucedía que las personas con deficiencias mentales eran consideradas “enfermas”, producto de estereotipos sociales y del modelo medicalizado que tenía por objeto la rehabilitación para la “normalización”, en donde la institucionalización era una práctica cotidiana.

En nuestro país, imbuida en dicho modelo, la Ley 22.431 estableció en 1981 la certificación de la discapacidad, como así servicios de asistencia y escolarización; asignó cupos para personas con discapacidad en los organismos estatales, instituyó regímenes diferenciales en la seguridad social y funciones para que los

Ministerios de Trabajo y de Cultura apoyen el desarrollo de las personas con discapacidad; estableció la gratuidad en el transporte público, dio los primeros pasos para el diseño universal, e implantó quitas tributarias a empleadores que contraten personas con discapacidad, entre otros avances.

Posteriormente, en 1997 la Ley 24.901 estableció el “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad”, otro paso importante en este recorrido. Se trata de una ley prestacional que estipula que las obras sociales tienen a su cargo, con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas. Establece además su financiamiento y define los servicios de atención específicos.

Resulta necesario mencionar que actualmente ambas legislaciones se encuentran en un proceso de revisión legislativa para su alineación a los principios y recomendaciones de la Convención.

Asimismo, es imperante reconstruir el andamiaje social, político, jurídico y filosófico en relación con el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad para tomar decisiones sobre sus vidas, reconociendo su personalidad jurídica, tal como lo menciona el Art. 12 de la Convención Internacional. En él se introducen cambios en los procesos de determinación de capacidades, donde el modelo de sustitución (de anulación) en la toma de decisiones es reemplazado por un modelo de apoyo. Durante mucho tiempo, la mayoría de los países han empleado este modelo de sustitución, que asigna un representante -denominado tutor o curador- en la toma de decisiones de las personas con discapacidad mental.

En la República Argentina la incorporación de algunos de los conceptos que contiene la CDPD, en relación con la capacidad jurídica de las personas, se han reflejado en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. No obstante, se siguen admitiendo limitaciones a la capacidad jurídica, entendiendo que la capacidad es la regla y la limitación a la capacidad, su excepción.

La OMS y la Clasificación Internacional del Funcionamiento

Otro de los cambios fundamentales desde la época de Roberts ha sido la publicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS, enmarcada dentro de un enfoque bio-psico-social.

Interactúa con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en tanto que esta clasifica enfermedades y condiciones de salud, mientras la CIF establece el funcionamiento de la persona. El funcionamiento se considera un término global que contiene para su clasificación cuatro “constructos” relacionados entre sí: Funciones y Estructuras corporales, Actividades y Participación, cada uno con sus respectivos “cualificadores” (3). Entonces, a una condición de salud definida con la CIE asociamos una forma del funcionamiento clasificada mediante la CIF. Cabe destacar, de acuerdo con la

OMS, que no se trata de una clasificación que tiene que ver sólo con la discapacidad, sino que se aplica a todas las personas a partir de una condición de salud. Por lo tanto, cambia el significado del término “discapacidad”. El mismo ahora “abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (4).

En función a estos antecedentes se cambia en nuestro país la forma de certificar la discapacidad. El nuevo Certificado Único de Discapacidad (CUD) incluye la condición de salud según la CIE-10, como asimismo el diagnóstico funcional mediante la CIF especificando las estructuras, funciones corporales, participación y actividades de la persona, con sus códigos y cualificadores.

Calidad de Vida, apoyos y ajustes razonables

Otro hecho significativo de este recorrido ocurre en 1992 cuando la American Association of Mental Retardation (hoy American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), propuso una modificación en la definición de la categoría de “Retraso Mental” que supuso un cambio de paradigma en la forma de concebir la misma. A partir de allí no se la considera más como un “rasgo del individuo” sino como un particular funcionamiento de la persona en relación a su contexto (5).

Como se desprende de cada evento citado, el viraje respecto de la conceptualización de la discapacidad abandona la idea de enfermedad del individuo. Hoy en día, “discapacitado”, entendido como forma de “ser”, constituye claramente una discriminación, siendo “persona con discapacidad” el término adecuado para esta “condición” del ser.

Al abandonar esta concepción de la discapacidad como enfermedad, deberemos dejar también de lado la idea de la “cura”. Vale la preguntarse entonces qué es lo que debería guiar la acción profesional. El concepto de calidad de vida es llamado en este lugar como un modelo que regula los resultados personales y organizacionales. “La calidad de vida se ha convertido en la principal directriz para guiar las prácticas profesionales” (5).

El modelo de calidad de vida propuesto por Miguel Ángel Verdugo Alonso y Robert Schalock es multidimensional: abarca las Relaciones entre las personas, el Bienestar emocional, el Bienestar físico, el Desarrollo personal, el Bienestar material, la Autodeterminación, la Inclusión social y los Derechos (5).

Asimismo, en los últimos años, a la búsqueda de calidad de vida individual se agregó la calidad de vida familiar. Nuestra clínica atestigüa todos los días lo que ocurre en una familia en la cual uno de sus miembros requiere apoyos intensivos.

En relación al término “apoyos”, pesa una polisemia que hace necesaria su conceptualización. Los mismos

son andamiajes, recursos y estrategias cuyos objetivos tienden a mejorar el desempeño individual de una persona. Así se puede hablar de: apoyos naturales, como la familia; apoyos sociales como el grupo de la escuela, el club, los amigos; apoyos tecnológicos, como una silla de ruedas o alguna *app* que mejore la habilidad social; apoyos profesionales, aquellos derivados de una práctica o disciplina; y sistemas de apoyos, que son los que prestan las organizaciones. Bajo este modelo resultará necesario evaluar el tipo de apoyo, la intensidad y la frecuencia a fin de generar un Plan de Apoyo Individualizado (PAI) que, como refiere Schalock, no se trata del “plan de tratamiento” (6).

Asimismo, es necesario mencionar el concepto de “ajustes razonables”. Según lo establece la Convención, se trata de las “modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, constituyendo su negativa una discriminación” (7).

El cambio de paradigma en la práctica profesional y organizacional

En el mundo, los seguidores de Roberts utilizan el lema “Nada sobre nosotros sin nosotros” (*Nothing about us without us*), condensando así la demanda de inclusión en los distintos procesos sociales. Es condición para dicha inclusión que la persona con discapacidad sea provista de los apoyos necesarios, como y cuando lo requiera. De ello dependerá su autonomía e independencia en la toma de sus decisiones, como así en el ejercicio pleno de sus derechos.

Si bien nuestro país posee una larga y consolidada tradición de respeto por los derechos de las personas con discapacidad y ha elevado los mismos a la jerarquía constitucional, queda un gran desafío para los próximos años.

La educación deberá dar un debate respecto de la inclusión de las personas con discapacidad en sus niveles inicial, secundario y universitario; tendrá que decidir respecto a la terminalidad educativa, deberá plantearse seriamente contenidos curriculares accesibles. Por otro lado, la temática de la discapacidad debería ser transversal en todos los niveles. El mundo del trabajo espera que la Administración Pública cumpla con el 4% de puestos para personas con discapacidad, pero también el sector privado necesita incorporar los ajustes razonables para que las personas puedan ser incluidas en su plantel a fin de invertir una tendencia común en nuestro medio de “querer adaptar a la persona al puesto”, como lo indicaba el modelo rehabilitador. Hoy se trata de pensar en sentido diametralmente opuesto.

La cultura necesita lugares y eventos accesibles, como así adecuar los sitios web a las distintas formas de comunicación. También modificar la señalética de la ciudad, el espacio público, los transportes, los procedimientos judiciales, la iniciación deportiva, la seguridad. Todo ello

necesita hoy una mirada distinta, una nueva forma de conceptualizar la discapacidad.

La salud deberá hacer otro tanto. Las leyes 22.431 y 24.901 ya citadas adolecen de una reglamentación para la sanidad pública estatal y para las obras sociales de provincia, de seguridad y universitarias. Por su parte, las obras sociales nacionales tienen un cumplimiento desigual respecto de la cobertura. Esto se traduce en una falta de universalidad y de equidad en el país.

Todos estos desafíos requieren de un cambio, colocar a la persona en el centro y reubicar el conocimiento experto dentro del paradigma de la calidad de vida individual y familiar.

Los procesos inclusivos de las personas con discapacidad, si bien han comenzado a observarse en la sociedad, en general distan mucho de ser universales. Y, como toda situación que sufrió una exclusión, al visibilizarse, se han hecho más palpables las resistencias, sobre las cuales resulta necesaria una intervención.

La participación activa de las personas con discapacidad en los procedimientos diagnósticos, clínicos, institucionales es de la mayor importancia para hacer efectiva dicha inclusión, por ejemplo: en la comunicación a una persona del diagnóstico de autismo, o respecto del pronóstico del tratamiento farmacológico, o del consentimiento informado. Otro tanto vale para las instituciones, para avanzar en los sistemas de calidad, sus objetivos y procedimientos.

No podemos obviar que nos encontramos frente a un

modelo para armar, pero también frente a otro para desarmar. Resulta necesario una reubicación de la palabra de la persona con discapacidad, que contadas veces fue “discapacitada” de su función. Resultará necesario desterrar las viejas categorías de retraso mental, debilidad mental, deficiencia mental y otras que a veces se utilizan coloquialmente en nuestros ambientes profesionales, dado que pueden sesgar nuestra concepción respecto de la persona. La comunicación se encuentra definida por la Convención como “la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso” (7).

Por último, es necesario adoptar medidas para que las personas con discapacidad mental reciban atención en servicios comunitarios, es decir, espacios abiertos y especialmente acondicionados dentro de la comunidad para que puedan seguir desarrollándose y participando de cualquier actividad. Por ello, de acuerdo con la Convención, los centros de salud mental deberán transformarse y adaptarse al modelo social.

En definitiva, deberemos hacer un arduo y creativo trabajo multisectorial. Nos acompañan fuertes convicciones: la diversidad e innovación generan desarrollo, la inclusión es un proceso permanente. ■

Referencias bibliográficas

1. Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Serie: CERMI.es N° 36 2008. 109-117.
2. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente. 1ªed. INDEC, 2014.
3. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión Abreviada. Organización Mundial de la Salud 2001.
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Citado 4 de Junio de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
5. Schalock RL, Vedugo, MA. El concepto de Calidad de Vida en los Servicios y Apoyos para Persona con Discapacidad intelectual. *Siglo Cero, Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2007; 24: 21-36.
6. Schalock, RL. Las mejores prácticas de las organizaciones y los profesionales. *Siglo Cero, Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 2007; 46: 7-23.
7. Ley N° 26.378 del Boletín Oficial de la República Argentina 09/06/08 Art. 2.

Las mujeres somos humanas: breve guía sobre el Derecho Internacional de los Derechos Humanos para psiquiatras

Laura Dolores Sobredo

*Médica Especialista en Psiquiatría
Psicoanalista*

*Docente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires*

*Integrante de la Procuraduría de violencia institucional,
Procuración General de la Nación
E-mail: lausobredo@hotmail.com*

“No es por decreto, infelizmente, que se puede deponer el universo de las fantasías culturalmente promovidas que conducen, al final, al resultado perverso de la violencia, ni es por decreto que podemos transformar las formas de desear y alcanzar satisfacción constitutivos de un determinado orden socio-cultural, aunque al final se revelen engañosas para muchos. Aquí, el trabajo de la conciencia es lento pero indispensable. Es necesario removerlo, instigarlo, trabajar por una reforma de los afectos y de las sensibilidades, por una ética feminista para toda la sociedad.”

Rita Laura Segato

Resumen

La situación de las mujeres, en particular el flagelo de la violencia machista, ha cobrado particular visibilidad en nuestro país en los últimos años. Como toda expresión de lo social, se hace presente en la tarea específica de los psiquiatras, esencialmente en los modos de presentación de la clínica. El derecho internacional de los derechos humanos enuncia en sus instrumentos referidos a los derechos de las mujeres que éstas tienen el derecho a una vida libre de violencia y a la dignidad y el respeto, sólo por su condición de seres humanos. La práctica del psiquiatra puede nutrirse de las enunciaciones de estos textos como un modo de conocer ese marco legal como propuesta de horizontes culturales y acuerdos sociales básicos, necesarios y deseables para la vida en común. Este texto propone abrir a los lectores la posibilidad de nominación que estos textos portan para la vida compartida en general y para el ejercicio de la profesión en particular.

Palabras clave: Violencia contra las mujeres - Derechos humanos - Género - Práctica profesional.

WOMEN ARE HUMAN: BRIEF GUIDE ON INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS LAW FOR PSYCHIATRISTS

Abstract

Violence against women has gained public awareness in Argentina over the last few years. As any other social phenomena, gender violence is present in the work of psychiatrists, especially in the way they approach to clinical practice. International human rights' law enshrines the right of every women to live free from violence and to be treated with dignity and respect. This legal framework might nourish the practice of psychiatrists as a proposal for seeking cultural and social common grounds. The paper tries to get readers attention on the potentiality of this legal framework which ultimately, might influence not only everyday life but clinical practice as well.

Keywords: Violence against women - Human rights - Gender - Women - Professional practice.

La situación de las mujeres, en particular el flagelo de la violencia machista¹, ha cobrado particular visibilidad en nuestro medio social en los últimos años. Como toda expresión de lo social, se hace presente en la tarea específica de los psiquiatras esencialmente en los modos de presentación de la clínica. La necesidad de incluir estas temáticas en las intervenciones profesionales se funda en lo que todo clínico experimentado conoce y la bibliografía sostiene: las coordenadas de la vida social atraviesan siempre -y determinan en algunos casos- los modos de presentación de los cuadros de la psicopatología. Desconocer esta particularidad de nuestra práctica requiere de un importante monto de defensas (1) que restan energía psíquica a la tarea y construyen armazones que deterioran inevitablemente el ejercicio profesional. ¿Cómo incluir entonces algunas particularidades del padecer de las mujeres en las intervenciones específicas de los psiquiatras cuando nosotros mismos (y hasta el lenguaje con el que aquí mismo escribo²) estamos marcados por los modos de organización social que provocan ese sufrimiento? (2)

Intentar responder a este tipo de interrogantes desde perspectivas individuales deja librado a la voluntad de cada una de las personas, a sus propios desarrollos personales y a sus experiencias vitales la aparición concreta en la práctica de los compromisos éticos y legales que reglan el ejercicio profesional de los psiquiatras³. Desde las proposiciones básicas de la ética médica (como la beneficencia, la no maleficencia o el respeto de la autonomía), desde las formulaciones psicoanalíticas referidas a la subjetividad y a la relevancia de los vínculos humanos en la constitución del psiquismo, o desde la propuesta del modelo antropológico en medicina es posible sostener con solidez la necesidad de incluir en el conocimiento de los médicos dedicados a la clínica (psiquiátrica, en nuestro caso) los consensos y los conflictos sociales de su época y la repercusión que estos tienen en las vidas y el padecer propios y de sus pacientes (3).

Como todo campo en conflicto, la pregunta por la definición de qué es deseable para este momento histórico y social en relación con la identidad, la vida y los modos de vincularse de las mujeres (4), permite innumerables respuestas. Más claro y concreto resulta el marco legal vigente, no desde la perspectiva punitiva de la ley, sino como ese terreno donde se hace explícito el contrato social que posibilita la vida en común y sostiene ciertos valores e ideales.

Propongo aquí delinear algunas definiciones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) referidas específicamente a los derechos de las mujeres,

con la expectativa de que estos acuerdos reflejados en la legislación sirvan para guiar ciertas intervenciones de los psiquiatras. Este no es más que un aporte que busca zanjar prejuicios y limitaciones personales, en especial aquellos que en ocasiones -dolorosamente- pueden reproducir o sostener el sufrimiento y la violencia contra las mujeres.

Los derechos de las mujeres son derechos humanos

El DIDH puede definirse como el sistema de regulaciones entre Estados -y entre los Estados y sus ciudadanos- que establece las obligaciones que estos últimos deben respetar para sostener como idea esencial que los seres humanos tienen derecho a determinado nivel de dignidad y respeto sólo por su condición de seres humanos (5).

Nuestro país forma parte de instituciones que enuncian, controlan y ponen en vigencia este orden legal: las Naciones Unidas, que componen con todas sus instancias el así llamado Sistema Universal, y la Organización de Estados Americanos, alrededor de la que se organiza el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante SIDH).

La Constitución Argentina de 1994⁴ otorga rango constitucional a una serie de tratados internacionales de Derechos humanos entre los que se cuentan la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y prevé los mecanismos para que otros tratados y convenciones pasen a gozar de jerarquía constitucional.

En el marco de las Naciones Unidas, la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer⁵ (en adelante CEDAW por sus siglas en inglés) fue aprobada en 1979 y ratificada por Argentina el 15 de julio de 1985. Por otra parte, unos años más tarde, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer⁶ (en adelante Belém do Pará, como se la conoce coloquialmente), fue aprobada por 32 naciones integrantes del SIDH el 6 de Septiembre de 1994 en la ciudad de Belem do Pará, Brasil, y ratificada por la Argentina en 1996.

Ambas Convenciones constituyen los instrumentos internacionales más relevantes en lo que refiere a la interpretación de los derechos humanos de las mujeres y las obligaciones de los Estados en materia de no violencia y discriminación basada en su género.

La sanción de la ley N° 26.485 (Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia

¹ Me referiré específicamente a la violencia machista o a la violencia contra las mujeres siguiendo a Eva Giberti cuando dice: "Se encontró la frase que encubre la violencia contra las mujeres protagonizada por varones: violencia de género. No se sabe a cuál género se refiere. De ese modo queda en la penumbra la violencia patriarcal, la violencia machista, los ataques asesinos, las torturas, las impunidades, las complicidades, mientras las víctimas exhiben sus historias en los medios de comunicación", Eva Giberti, citada en el Informe ejecutivo del Primer índice de violencia machista, noviembre de 2016. Disponible en: <http://contalaviolenciamachista.com/Informe-ejecutivo-final.pdf>.

² He procurado evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, decidí no incluir recursos como "@" o "-a/as" y utilizar en el caso de los plurales el masculino genérico.

³ La referencia fundamental al escribir este texto es la tarea profesional de los psiquiatras. Entiendo que muchas de estas puntualizaciones son aplicables a la tarea de todo el equipo de asistencia en Salud Mental.

⁴ Art.75 inc.22

⁵ Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

⁶ Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales), en el año 2009 en la Argentina va en línea con el cumplimiento del compromiso tomado de adecuar la normativa local en concordancia con lo prescripto en estas Convenciones.

El marco legal es extenso y detallado, sin embargo el horizonte de una vida libre de violencia todavía se encuentra muy lejano para las mujeres.

El DIDH ha sido un instrumento destacado para promover en nuestro país algunos de los hitos más significativos para la concreción de luchas históricas del movimiento de derechos humanos y para la construcción de ciudadanía en la reciente etapa democrática (6). La enunciación de Convenciones específicas, en este caso referidas a los derechos fundamentales de las mujeres, da cuenta de un modo de los colectivos y los Estados de intervenir en la arena política para detener las extendidas violaciones y promover el acceso a los derechos humanos de esos colectivos. También la enunciación de la ley señala la existencia de grupos afectados por la desigualdad y la exclusión social que construyen desde la consagración de derechos y desde los compromisos de los Estados un camino posible hacia la inclusión y la igualdad sustantiva.

La legislación referida a los derechos fundamentales de las mujeres se adentra en un terreno particular: el de las relaciones interpersonales, los prejuicios y la desigualdad estructural en nuestras sociedades entre varones y mujeres. Es así que algunos postulados enunciados desde diversas disciplinas académicas cuando teorizan sobre las mujeres y el género (sociología, historia, antropología) tienen un lugar explícito en la ley.

Esto y aquello: lo que prescribe la ley y los masivos reclamos de los movimientos de mujeres en nuestro país

El título anterior permitiría escribir un texto de una extensión y profundidad que están lejos de la pretensión de este texto y esta autora. Así como todas las prescripciones de la ley tienen la misma validez y relevancia, es injusto dotar de mayor o menor importancia a los múltiples reclamos de las mujeres para acceder a una vida libre de violencia y con igualdad de oportunidades. Este texto es escrito a la luz de las grandes movilizaciones colectivas iniciadas por los colectivos de mujeres en nuestro país⁷ que reclaman al Estado ante el escándalo de los femicidios y por la necesidad de poner fin a la violencia machista. Este reclamo se fue complejizando rápidamente en pocos años hasta alcanzar los múltiples aspectos de los derechos fundamentales de las mujeres, poniendo en acto la indivisibilidad e interdependencia de estos derechos. También el colectivo que reclama fue creciendo e incluyendo a múltiples tradiciones de la militancia social de la Argentina.

Mencionare aquí solo algunas temáticas que elijo entendiendo que son ineludibles para el psiquiatra en la conducción de su intervención profesional. Ninguna alude particularmente a los “grandes temas” que provocan escándalo y repulsa o mayor repercusión en los medios de comunicación, sino a aquellos asuntos que señalan modos de relación que impregnan la vida cotidiana y suelen ser planteados como opinables: la definición de violencia contra las mujeres y el ámbito donde sucede, las múltiples dimensiones de la desigualdad violenta y la necesidad de democratizar las tareas de crianza con una distribución igualitaria entre varones y mujeres.

El día a día de la clínica, consultas al médico...

Las competencias profesionales de cada uno de los integrantes del equipo de salud⁸ son parte de la normativa y convocan la reflexión de los colectivos profesionales en cuanto a su definición y especificidad. Sin embargo, son muchos y diversos los aspectos de la vida cotidiana sobre los que los médicos somos consultados. A ningún psiquiatra se le ocurriría siquiera administrar o corregir una prescripción destinada a tratar una patología clínica compleja, inmovilizar una fractura o hacer sugerencias sobre el modo de llevar adelante una operación inmobiliaria. Sólo ante situaciones de riesgo o de extremo desvalimiento para las personas que asistimos se podría con explícitos reparos, aconsejar. Sin embargo, somos consultados sobre la crianza, la educación, las relaciones familiares, los cambios de trabajo, el amor, la violencia social y los rituales de la muerte. No somos especialistas calificados en ninguna de esas temáticas y, sin embargo, en muchas ocasiones opinamos. Opinamos guiados por algún ideal de salud que sostiene nuestra práctica de un modo más o menos explícito o conciente y comprendiendo que el contexto, lo subjetivo, lo vincular determinan la posibilidad de acceder a la salud y de vivir... o también, podríamos decir, de amar y trabajar. Cuanto más explícita es esta posición sobre lo deseable, lo bueno o lo adecuado (o todas estas variables) más posibilidades hay de revisarla críticamente y prevernos de anteponer nuestro sistema de ideales, nuestros prejuicios y las limitaciones personales que nombraba más arriba a la autonomía y la posibilidad de elegir y de equivocarse de nuestros pacientes.

¿Podríamos acaso encontrar definiciones que reflejen amplios consensos y más aún acuerdos sociales y culturales de nuestros países y nuestro tiempo en estas legislaciones cuya existencia explicita la necesidad de erradicar la violencia contra las mujeres? No hay diálogo posible con quienes sostienen justificaciones para las muertes, el acoso, las violaciones, la trata o la tortura de las mujeres. Pero despejando estos horrores la pregunta es, ¿cómo somos atravesados por un orden social que ubica a las mujeres en los lugares de subordinación que sostiene

⁷ El 3 de junio de 2015 el Colectivo “Ni Una menos”, convocó a la primera de las masivas movilizaciones populares en la Argentina bajo la consigna “Basta de femicidios”. Siguieron a esta otras movilizaciones y la convocatoria al primer paro internacional de mujeres el pasado 8 de Marzo de 2017. Más información disponible en: www.niunamenos.com.ar

⁸ Ver lo referido en la nota al pie número 3.

nen esa violencia? ¿Será posible acceder a algunas ideas, conceptos y valores que nos permitan estar advertidos y repudiar lo violento de esa estructura en las que estamos inmersos? ¿Se podrá, también de este modo, poner el pensamiento crítico al servicio del hacer en la clínica?

Propongo aquí una posibilidad, escrita desde estos instrumentos que ofrece el DIDH y forman parte del orden constitucional en la Argentina.

...y (algunas) respuestas en las Convenciones

- ¿Cómo se define, qué es la violencia contra las mujeres? ¿Cuál es esa situación que la legislación prescribe erradicar en todas sus formas?

Es una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

Es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer.

(Belém do Pará)

- ¿Y en qué ámbitos sucede esta violación a los derechos fundamentales que ofende la dignidad humana?

Tanto en el ámbito público como en el privado, dentro de la familia o de cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad, perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes.

Trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión.

(Belém do Pará)

- Entonces, si las relaciones de subordinación entre varones y mujeres sostienen la violencia, ¿los Estados deberán intervenir para modificarlas? (7)

El derecho a una vida libre de violencia incluye el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

(Belém do Pará)

Deberá modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer.

(CEDAW)

- ¿Es sólo por ser mujeres o hay otras condiciones que determinan los modos y la gravedad de la violencia que sufren las mujeres? (8)

Los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

(Belém do Pará)

- ¿La erradicación de la violencia contra las mujeres mejoraría solamente la vida de las mujeres? (1)

La máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz.

(CEDAW)

- Y en ámbito doméstico ¿las tareas de cuidado, en especial la crianza, son responsabilidad de las mujeres? (1)

La educación de los niños exige la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto,

Para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar el papel tradicional tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia,

Que hombres y mujeres tengan los mismos derechos y responsabilidades como progenitores.

(CEDAW)

Para ir terminando por ahora

El recorte anterior a las temáticas de las que hace mención la legislación internacional de rango constitucional en la Argentina destinada específicamente a los derechos de las mujeres, es sin duda discrecional. Pretende reflejar algunos temas básicos y de ocurrencia frecuente en las "consultas-consejos" que, como antes mencionaba, expresamos en la práctica clínica. Que una mujer padezca violencia por su condición de tal es una violación de un derecho fundamental y es tan grave que ofende a la dignidad humana. ¿Y si sucede en el ámbito doméstico también? ¿Todas las mujeres están expuestas igual a la violencia y la desigualdad? ¿Es posible la igualdad mientras persiste la violencia contra una mujer? ¿Los estereotipos de género y los prejuicios promueven y posibilitan relaciones violentas? ¿Las tareas de crianza son asuntos exclusivos de mujeres? Y cuando una mujer no puede abarcarlas en su totalidad, ¿sólo hay que pensar en otra mujer para suplantarla?

En estos párrafos sin pretensión de exhaustividad intenté mostrar una de las facetas que entiendo más interesantes y fecundas del DIDH para quienes no nos dedicamos específicamente al Derecho como disciplina, o al menos para los psiquiatras: recoger algunas de las expresiones de esa legislación cuando plantea horizon-

tes culturales y acuerdos sociales básicos, necesarios y deseables para la vida en común. Otras serán las discusiones de los especialistas en relación con la efectividad concreta de esas enunciaciones o con la posibilidad que tienen esos acuerdos de conducir a controles y sanciones ante las faltas que se cometan a lo allí normado. Me interesa abrir a los lectores la posibilidad de nominación que estos textos portan para la vida compartida en general y para el ejercicio de la profesión en particular.

Además, quiero destacar cómo esa nominación recoge implícitamente tradiciones militantes y de producción teórica (9) que ya son parte de la cultura cuando sanciona como necesaria e ineludible la erradicación de las violencias contra las mujeres, de los estereotipos y las relaciones de subordinación violentas entre varones y mujeres; cuando reconoce la mayor vulnerabilidad de las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, migrantes, pobres, menores, ancianas o discapacitadas; cuando valora la igualdad y la vida libre de violencia para las mujeres como una condición del desarrollo social y sitúa las responsabilidades propias de la crianza en pie de igualdad para varones y mujeres.

Sabemos (dolorosamente) que el orden patriarcal que regula las relaciones de estatus se infiltra en el orden contractual, ciudadano de la ley, de modo irreductiblemente violento “en su esfuerzo por la restauración constante de la economía simbólica que estructuralmente organiza la relación entre los status relativos de poder y

subordinación representados por el hombre y la mujer como íconos de las posiciones masculina y femenina así como de todas sus transposiciones en el espacio jerárquico global” (2). Y también que la naturalización y la des-historización son operaciones que perpetúan relaciones de asimétricas de poder (10). Poder rescatar los contenidos de algunos contratos vigentes en nuestro tiempo, como los que aquí he señalado, para incluirlos en nuestras referencias puede ser una manera de desandar la violencia impuesta por la tradición patriarcal y tener un rol activo en los modos de pensar el mundo en que vivimos, las relaciones entre las personas y el padecer de nuestros pacientes.

Entiendo que en la práctica cotidiana del psiquiatra no es posible la neutralidad en lo que refiere a aquellas estructuras sociales que sostienen el sufrimiento, el dolor y la muerte violenta de las mujeres. Creo también que las pretendidas asepsias, disfrazadas de enunciaciones científicas, son movimientos defensivos y renegatorios que facilitan que esas posiciones prevalezcan y se consoliden. El valor social de la palabra de los psiquiatras se vitalizará o se opacará según la posibilidad que las instituciones, los colectivos y cada uno tengan de sostener desde la práctica concreta la oposición a las violencias de los fuertes contra los débiles, la lucha por la igualdad, el ejercicio de la solidaridad con los sufrientes y el compromiso sostenido y explícito con la legalidad cada vez que sirve para ir contra las desigualdades. ■

Referencias bibliográficas

1. D'Alessandro, M. “Economía feminista, cómo construir una sociedad igualitaria sin perder el glamour”. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Diciembre de 2016.
2. Segato, RL. “Las estructuras elementales de la violencia, contrato y estatus en la etiología de la violencia. Las estructuras elementales de la violencia”. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 2003, pp. 131-148.
3. Laplanche y Pontalis, “Diccionario de psicoanálisis”. Paidós, 1a edición. Barcelona, 1996.
4. Bleichmar, S. “Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo” (Internet). Disponible en: www.silviableichmar.com.ar.
5. Sobredo, LD. El caso Ximenes Lopes vs. Brasil. La psiquiatría y el derecho internacional de los derechos humanos en la vida real. Vertex, 2016, XXVII- 127.
6. Tiscornia, S. “Activismo de los derechos humanos y burocracias estatales”. El caso Walter Bulacio. 1a ed. Buenos Aires: Del Puerto / CELS, 2008.
7. Segato, RL. “La argamasa jerárquica. Violencia moral reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho”. Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 2003, pp.107-130.
8. Viveros Vigoya, M. “La interseccionalidad, una aproximación situada a la dominación”. Debate feminista, 2016, no. 52, pp. 1-17.
9. Serret, E. “Igualdad y diferencia, la falsa dicotomía de la teoría y la política feministas”. Debate feminista, 2016, nro.52, pp. 18-33.
10. Bordieu, P. “La dominación masculina”. Editorial Anagrama. Barcelona, 2000.
11. Matusevich, D. “Algunas consideraciones acerca del género y la psiquiatría”. Vertex, XI (41), 2000.

Maltrato y abuso en la vejez: veinte años después

Belén Moreno

*Equipo de Psicogeriatría, Servicio de Psiquiatría,
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)
E-mail: belen.moreno@hospitalitaliano.org.ar*

Mariana Pedace

*Equipo de Psicogeriatría, Servicio de Psiquiatría,
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)*

Daniel Matusevich

*Equipo de Psicogeriatría, Servicio de Psiquiatría,
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)*

Resumen

En este artículo se analizan diversos aspectos del maltrato en la vejez. Se definen los subtipos de abuso, el abandono y el autodescuido. Se analiza el fenómeno en las instituciones geriátricas, en las personas con demencia y entre las personas gays, lesbianas y trans. Se utiliza el modelo narrativo para ejemplificar, recurriendo a autores como Irving, Ford y Lodge.

Palabras clave: Abuso - Maltrato - Instituciones geriátricas - Narrativa - Demencias.

ELDER ABUSE: TWENTY YEARS LATER

Abstract

This article analyzes various aspects of elder abuse. Subtypes of abuse, neglect and self-neglect are defined. The phenomenon is analyzed in the context of geriatric institutions, people with dementia, and among the gay, lesbian and trans people. The narrative model is used to exemplify various situations, using authors such as Irving, Ford and Lodge.

Key words: Elder abuse - Mistreatment - Geriatric institutions - Narrative - Dementias.

“...mientras él subía a cambiarse yo entré en la cocina a tomar unas notas sobre el aparato eléctrico. Su estado era lamentable, al igual que toda la habitación, envuelta por dentro y por fuera en una capa de grasa que él había intentado en vano eliminar. Había manchas circulares de quemaduras en la encimera contigua de fórmica, causadas por cacerolas que debían de estar al rojo vivo cuando las puso encima... abrí la nevera y la encontré llena de pedazos de comida, cocinada y sin cocinar, envueltos en papel encerado y de aluminio, los más insalubres de los cuales tiré al cubo de la basura que había fuera de la puerta trasera”.

David Lodge, *Deaf Sentence*, 2008. (1)

Introducción

En 1998 Szulik y Matusevich publicaron un artículo sobre el abuso en la vejez, en el cual realizaron un recorrido exhaustivo por las definiciones existentes hasta ese momento y por una serie de historias de pacientes que habían sufrido diferentes tipos de maltratos. Esos eran tiempos en los que la cuestión estaba comenzando a adquirir visibilidad en las agendas de los psicogeriatras y de los gerontólogos (2).

Veinte años más tarde son muchos los avances que se han logrado en cuanto a la difusión y conocimiento; de todas maneras resta realizar mucha tarea para que el mismo se instale de manera definitiva y decisiva entre los profesionales de la salud y en la comunidad. Al escribir la palabra *violencia*, *abuso* o *maltrato* en los buscadores de internet las sugerencias que recibimos están referidas a los niños en primer lugar, luego aparecen las cuestiones de género y por último todo lo relacionado con los animales.

El maltrato en la vejez brilla, pero por su ausencia; sin duda es el menos reconocido de todos los maltratos, más allá de ser uno de los más frecuentes. El lugar marginal que continúa ocupando el colectivo envejecido encuentra su correlato perfecto en la falta de visibilidad que acompaña a temas fundamentales de este proceso tales como el suicidio o el maltrato. Más allá de esta situación el 15 de junio es el Día Mundial de la Toma de Conciencia de Abuso y Maltrato en la Vejez, una ocasión para recordar que entre el 4% y el 6% de las personas mayores de todo el mundo han sufrido alguna forma de abuso y maltrato (3).

En la segunda mitad del siglo XX ha ocurrido un rápido envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe. De acuerdo a los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en nuestro país en el año 2050 una de cada cinco personas tendrá más de 65 años. Una de las consecuencias de este proceso será que el número de casos de maltrato en la vejez aumentará, con el consiguiente impacto en la clínica y en la Salud Pública (3).

Entre los años 2014 y 2015, la OMS realizó una encuesta al personal de salud que fue publicada en sep-

tiembre de 2016. Vale la pena repasar algunos de los datos que arrojó dicha encuesta: un 4% de los encuestados reveló haber maltratado psicológicamente a los pacientes, un 36% presenció al menos un incidente de maltrato físico y un 10% cometió al menos un acto de maltrato físico. Asimismo, sólo uno de cada veinticuatro casos de maltrato en esta población es notificado, definiendo un panorama de gran complejidad (4).

En mayo del 2017 nuestro país se adhirió a la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores; este tratado fue firmado también por Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. En la introducción dice: “El objetivo de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”. Esta Convención remarca el lugar de los derechos humanos en la vida de los adultos mayores, poniéndolos en pie de igualdad con el resto de los individuos y focalizando en las particularidades de los mismos. Los viejos están alcanzando recién ahora aquello que otros grupos alcanzaron ya hace tiempo (5).

En este artículo revisaremos el trabajo que publicamos en el siglo pasado, lo pondremos en valor y plantearemos algunas nuevas ideas en relación a un viejo tema, con la esperanza que no pasen otros veinte años hasta que se vuelva a escribir acerca de esta cuestión en las páginas de VERTEX.

Asimismo incluiremos casos tomados del mundo de la narrativa para ejemplificar algunas de las situaciones que queremos representar. Por *mundo de la narrativa* entendemos en esta ocasión ejemplos literarios para iluminar situaciones de la vida real. Ya nos hemos explayado en otros trabajos acerca del valor de aplicar esta metodología para incursionar en el territorio del envejecimiento y sus adyacencias.

Algunas definiciones (no todas)

Si bien muchos relacionan el lento avance de la temática con la dificultad para consensuar definiciones, nosotros creemos que la clave debemos buscarla en las concepciones viejistas y como éstas, al ser predominantes en Occidente, impregnan desde la vida hasta las elaboraciones teóricas. Si bien los primeros reportes comenzaron a aparecer en 1970, recién en la década del noventa la cuestión comenzó a ser investigada con seriedad.

En un trabajo anterior determinamos algunas de las cuestiones por las cuales el maltrato en la vejez se halla subdiagnosticado (2):

- Incomodidad: los profesionales se sienten incómodos preguntando a los pacientes sobre hechos de violencia familiar; esto está relacionado con la creencia de que el tema no entra en el área de dominio del médico debido a que la violencia no se incluye dentro del paradigma tradicional de tratamiento.
- Tiempo: la evaluación de la violencia requiere de

varias entrevistas prolongadas; en general el tiempo que se dedica a los pacientes es escaso.

- **Viejismo:** muchos signos y síntomas de abuso pueden ser falsamente atribuidos a demencias, delirios o confusiones.
- **Existen diferencias culturales:** hace mucho tiempo que este tema está instalado en sociedades como la escandinava, la francesa o la americana. Habría que preguntarse por qué pasaron tantos años para que este tema comience a ser considerado en nuestro país.
- **Desconocimiento:** los déficits en la formación de los profesionales constituyen un elemento fundamental entre aquellos que determinan el subdiagnóstico.
- **Cuál es el momento en el que el abuso comienza:** en ocasiones se detecta el gran abuso, pero los pequeños abusos de todos los días pasan desapercibidos fácilmente o son considerados situaciones del diario vivir.
- **Miedo a la denuncia:** existe mucho temor de parte del viejo a denunciar el maltrato debido al temor a ser institucionalizado; o sencillamente puede tener vergüenza de denunciar al hijo o a la familia.

En 1975 **Burston** publicó una carta en el *British Medical Journal* en la cual describió situaciones de maltrato a los viejos. Con el título "Granny battering" (abuela golpeada) planteaba que ya era tiempo de que la prensa nacional y las revistas médicas comenzaran a informar acerca de la existencia de este tipo de realidades. Sostiene que es tiempo de ir más allá del maltrato a los niños y reconoce agudamente que muchas veces son los mismos familiares los perpetradores del abuso (6).

En 1975 **Butler** publica el clásico "Why survive? Being old in America"; en este texto describe el llamado Síndrome de la Anciana Apaleada que fue retomado tiempo más tarde por la mayoría de los autores que se ocuparon de este tema (7).

Salvarezza en el año 1988 planteo que en la literatura inglesa existen dos palabras distintas para caracterizar el maltrato. Por un lado está la palabra "abuse" a la que le dan el significado de: abusar, engañar, profanar, violar, denostar, insultar, injuriar, ultrajar, seducir, maltratar. Y por el otro lado está el término "neglect" que hace referencia a: descuidar, desatender, olvidar, dejar de, abandonar, desdeñar, despreciar, arrinconar, indiferencia, desuso, negligencia. Al hablar de "abuse", Salvarezza alude que se trata de un acto de acción, en cambio el término "neglect" es un acto de omisión. Finalmente concluye que el maltrato puede ser un acto intencional, es decir un intento consciente de infligir sufrimiento, o bien puede tratarse de un acto inconsciente y surgir como no intencional. Recalca además que la conceptualización de la violencia vinculada con los viejos debe hacerse dentro de un concepto más amplio, ya que considera que en última instancia es una de las formas extremas de vejez (8). La insistencia de Salvarezza en considerar al vejez como la suma de todos los males cuando de vejez se trata no ha terminado de rendir sus frutos ya que siguen siendo muchos los profesionales que hoy día desconocen sus implicancias y su alcance.

Bennet y Kingston dividieron en 1993 al abuso y a la negligencia en tres niveles diferentes (9):

- **Macro:** pensiones y jubilaciones inadecuadas, dificultades en el acceso a los servicios de salud y sociales y maltrato dentro de las instituciones son ejemplos de este nivel.
- **Medio:** conductas y actitudes que afectan al anciano dentro de la comunidad. Esto incluiría las conductas antisociales, la victimización, el "viejismo" y el facilitar y forzar la gente mayor a vivir "vidas marginales".
- **Micro:** hace referencia a los conflictos de la tercera edad entre la víctima y el victimario en la intimidad, habitualmente en el ámbito doméstico.

Creemos que esta distinción es valiosa, ya que nos obliga a considerar a los que creemos nosotros son los tres aspectos centrales de la cuestión, en permanente interacción. Es imposible pensar el tema sin considerar estas tres variables y cómo se relacionan lo público y lo privado al momento de diseñar estrategias o definir políticas. El foco hasta no hace tanto tiempo había sido puesto especialmente dentro del nivel micro, es decir, los conflictos entre los actores en la intimidad, comúnmente en el ámbito doméstico.

La **Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores** diferencia entre (10):

- **Maltrato:** acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y/o moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.
- **Abandono:** falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.
- **Negligencia:** error involuntario o falta no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias.

La **Organización Mundial de la Salud** lo define como "un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza". Agrega que puede tener diversas presentaciones: físico, psíquico, emocional o sexual e incluye al abuso de confianza en cuestiones económicas, cada vez más importante a medida que avanza el envejecimiento poblacional. En esta definición nos detendremos brevemente en la cuestión de la confianza ya que creemos firmemente que es el elemento central que permite que se desplieguen el resto de los componentes del proceso de abuso (5).

El primer estudio para evaluar prevalencia de maltrato en adultos mayores por sus cuidadores en el Reino Unido, fue el de **Homer y Guilleard** (11) en 1990, basado también en el clásico estudio de los americanos **Pillemer y Finkelhor** (12) (en 1988 estudiaron una población de 2000 ancianos, no institucionalizados, que vivían en el área metropolitana de Boston y encontraron que el 3.2 % habían experimentado algún tipo de abuso desde que habían cumplido los 65 años de edad). Esta investigación mostró que un 45% de los cuidadores admitieron haber cometido algún tipo de maltrato e indicó que diferentes tipos de abuso pueden acaecer por distintas razones.

Por último, **Daichman** propone una serie de definiciones que valen la pena consignar (13):

- Abuso físico: hace referencia al uso de la fuerza física que puede dejar como consecuencia una injuria, herida, dolor o discapacidad. Se manifiesta mediante la inmovilización física, golpes, quemaduras, pellizcos, que provocan como resultado dolor, discapacidad o inclusive pueden llevar a la muerte. Este tipo de abuso engloba el mal uso de fármacos, la privación de alimentos y también la alimentación forzada.
- Abuso psicológico: es la acción de infligir dolor o angustia por medio de acciones expresas verbales o no verbales. Se materializa a través de insultos, amenazas, humillaciones, ridiculizaciones, indiferencia, falta de respeto a las creencias y silencio peyorativo. Estas actitudes generan en el viejo sentimientos de inseguridad, baja autoestima, invasión de la privacidad, despersonalización y aislamiento.
- Auto abandono (self-neglect): es la conducta que implica una amenaza a la salud o seguridad por el rechazo a proveerse un adecuado cuidado.
- Abandono y negligencia: es el fracaso de un individuo que tiene la responsabilidad de cuidar al viejo. Este fracaso puede ser intencional (activo) o no intencional (pasivo). Es amplio el espectro mediante el cual puede generarse abandono o negligencia, como el no administrar supervisión necesaria respecto a la alimentación, vestido, higiene y cuidados médicos adecuados o dejar sola a una persona que no pueda valerse por sí misma, consultar tardíamente, no tomar precauciones para evitar accidentes previsible y prevenibles. El abandono incluye además la exclusión del grupo familiar y la falta de comunicación regular.
- Abuso sexual: ocurre cuando existe contacto sexual de cualquier tipo no consentido. Puede ser de dos formas: abierta o encubierta. Esta última se lleva a cabo mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, manoseos, exhibiciones, etc.
- Maltrato financiero (económico): cualquier tipo de explotación o aprovechamiento del patrimonio de las personas mayores.
- Maltrato social: consiste en las faltas de políticas sociales y de salud adecuadas así como en el mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes. Incluye también la existencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen

del viejo determinando discriminación, marginalidad y exclusión social.

El lector atento rápidamente habrá tomado nota de los solapamientos y de las repeticiones en las definiciones existentes; decidimos extractar a manera de ejemplo a aquellas más significativas y que sirvieron para permitir pensar la cuestión.

Víctimas

El perfil clásico de las víctimas de abuso es el siguiente (2):

- Persona de sexo femenino de más de 80 años.
- Impedida física o mentalmente o ambas cosas.
- Afectada en su capacidad para desarrollar las actividades diarias.
- Residente en su hogar, con necesidades de cuidados.
- Institucionalizada.
- Disminuida o carente de funciones, al haber perdido los roles de esposa, madre o cuidadora.
- Aislada socialmente.
- Demente.

Podemos concluir que las características mencionadas se refieren fundamentalmente a una persona dependiente que de alguna manera necesita de los demás para poder sobrevivir. La mayor prevalencia de este fenómeno entre las mujeres se explica por la subalternidad del género femenino por un lado y por la longevidad de las mujeres por el otro.

No es un dato menor el hecho de que vivimos en una sociedad que en lugar de estimular la autovalidez trata de agudizar las carencias y las contradicciones de los menos favorecidos, quedando así establecido el campo ideal para que se desarrollen las situaciones de maltrato.

Durante el proceso de envejecimiento se opera un estrechamiento considerable en el rango de opciones disponibles, con el consiguiente límite a las posibilidades de elección, y paralelamente, adquieren cada vez mayor peso las elecciones realizadas en el curso de la vida.

Es por eso que muchas veces la raíz del maltrato está determinada por significantes familiares perdidos en la historia de cada persona, que se resignifica cuando interactúan la vulnerabilidad y el proceso de envejecimiento.

Victimarios

El perfil clásico de los victimarios es el siguiente (2):

- Persona de sexo masculino de entre 40 y 60 años.
- Integrante de la familia, amigo, vecino, cuidador profesional; en general es del círculo más íntimo.
- Antecedentes personales de violencia doméstica (como víctima o perpetrador).
- Impulsividad.
- Antecedentes de consumo problemático de drogas o alcohol.
- Antecedentes de enfermedad mental.
- Dependencia económica de la víctima.

- Aislamiento social.
- En caso de cuidadores prestar especial atención al stress de los mismos: aquellos cuidadores que abusan son los que durante más años se han desempeñado en el rol, durante más horas por día, cobran menos y se ocupan de aquellos con más discapacidades.

“Familia abusiva”, siguiendo a Whittaker, es aquella que se caracteriza por estar relacionada de manera patológica como resultante de la interacción entre la dependencia, los problemas socioeconómicos, el aislamiento y la violencia transgeneracional (14).

Institucionalizaciones

Es fundamental tener en cuenta la particular situación de los viejos institucionalizados. En los Estados Unidos se han consignado entre uno y dos millones de víctimas de abuso institucionalizadas por año. Este número permite concluir que dicho contexto presenta un entorno predisponente para este tipo de conductas.

Para redactar el apartado siguiente nos hemos inspirado libremente en la investigación clásica llevada adelante por Kosberg y García en 1995 acerca del maltrato en las instituciones, extractando los que consideramos los puntos más salientes (15):

- El tipo de abuso más frecuente es el físico, seguido por el sexual y el económico.
- Los ayudantes de enfermería son quienes cometen el 62% de los abusos, lo que pareciera estar directamente relacionado con el nivel de stress que experimentan.
- Predominan los varones, dato que no sorprende si se tiene en cuenta la relación con la violencia que exhibe este grupo.
- A menor cantidad de visitas mayor frecuencia de conductas abusivas de parte del personal.
- Peor remuneración del personal mayor índice de abuso.
- A mayor rango horario mayor índice de abuso.
- A menor supervisión mayor índice de abuso.
- En general se registra en instituciones de gran tamaño, donde existe una cierta anomia en el trato con los residentes y el control es más evidente.
- En general se registra en instituciones con escaso o nulo entrenamiento permanente del grupo de cuidadores.
- En general se registra en instituciones donde las sujeciones físicas se siguen utilizando.
- Menores índices de abuso en instituciones que consultan a los residentes en relación a sus deseos y posibilidades.
- Menores índices de abuso en instituciones que no fomentan la dependencia y estimulan la creatividad de los huéspedes y del equipo.
- Deterioro cognitivo: las fallas cognitivas son parte de la vida de la mayoría de los ancianos institucionalizados, por eso este grupo es el que se halla en la primera línea de riesgo de ser abusado. Los déficits cognitivos

constituyen el principal factor de riesgo para todos los subtipos de maltrato debido a que el alto nivel de dependencia y vulnerabilidad origina inevitablemente una sobrecarga en los cuidadores que muchas veces es resuelta a través de este tipo de conductas.

- El colectivo LGBT es el que más riesgo presenta de sufrir los diferentes modelos de abuso institucional.

Ahora un breve vislumbre de la vida en las instituciones, gentileza de Richard Ford y su inolvidable personaje Frank Bascombe, el día que le toca visitar a su ex mujer Ann en una institución para llevarle una almohada ortopédica de gomaespuma para tratar homeopáticamente el Parkinson que la misma padece (16):

“...de cerca Carnegie Hill parece un Hampton Inn sobre-dimensionado, con terrenos iluminados con luces bajas y ‘senderos contemplativos’ que se pierden en el bosque, en vez de aparcamiento solo para clientes y plazas especiales para camiones articulados. Nada es más funesto que la mezquina e implacable unidimensionalidad de la mayoría de estos sitios; los vestíbulos sin alma con sus irrespirables fragancias antisépticas, los encargados de mirada muerta y grácil actitud disuasoria de todo lo que hace que la vida sea vida pero que ahora puede olvidarse. La madre de Sally llegó a las puertas de una ‘Ciudad Presbiteriana’ de las afueras de Elgin, camino tres metros más, dio media vuelta, subió al coche y murió de un infarto (voluntario) allí mismo, en el asiento del conductor. Hay estadísticas de esas cosas. ‘Creo que nos estaba diciendo algo’, dijo Sally”.

La potencia de este fragmento nos exime de la necesidad de realizar mayores comentarios, solamente la idea central de intentar evitar las simplificaciones cuando nos cercamos a estos temas, como familia o como profesional. El impacto de una institucionalización no es menor al de una migración, más allá de lugares y circunstancias, es por eso que la naturalización del momento nunca debe ser parte del enfoque con el que nos debemos aproximar a este tipo de contingencias.

Las identidades en cuestión

La generación de ancianos lesbianas y homosexuales desarrollaron gran parte de su vida con temor a expresar sus preferencias sexuales debido a que eran vistos por la sociedad como delincuentes, degenerados o en el mejor de los casos enfermos; fueron discriminados en sus trabajos, debieron esconderse y en no pocas ocasiones fueron abandonados por su propia familia.

En este caso el lector inquieto no debe dejar pasar la posibilidad de acompañar a la familia Pfefferman a través de su larga jornada por definir su identidad en “Transparent”, obra maestra de Jill Soloway que se puede conseguir sin demasiados contratiempos en la plataforma Amazon. En relación a esta sugerencia la página Rotten Tomatoes es terminante: “tanto en lo atinente a un cambio en la televisión como en lo que se refiere a un cambio personal, “Transparent” eleva el listón existente en la actualidad con sofisticación y sincera dedicación al viaje humano como casi nunca se vio antes” (17).

Esta generación aprendió que para poder sobrevivir debían ocultar tanto sus identidades como sus relaciones; Friend planteó en 1991 que las personas gays y lesbianas envejecidas se adaptan mejor al proceso de envejecimiento debido a que han tenido que desarrollar una serie de habilidades para enfrentar la proscripción social (18).

Todo empeora si tomamos en cuenta a la población de personas trans envejecidas (y no envejecidas) que sin ninguna duda tienen el más alto grado de vulnerabilidad al maltrato debido entre otras cosas a que dada su situación social es muy difícil que busquen ayuda en los servicios de protección. Están completamente definidas por el modelo de abuso Macro y Medio que mencionamos más atrás en este trabajo y que fuera descrito por Bennett y Kingston. Vale la pena consignar que todo esto lo explica mucho mejor John Irving en "Personas como yo", la biblia de la búsqueda de la identidad (19).

La Universidad de California preparó un documento en referencia a este tema que vale la pena reseñar muy brevemente, teniendo en cuenta que un millón y medio de adultos mayores de sesenta y cinco años son Gays, Lesbianas, Bisexuales o Transgenero (LGBT) en los Estados Unidos, en nuestro país no contamos con cifras confiables (20):

- Muchos LGBT ancianos tienen un elevado riesgo de maltrato y abuso.
- Muchos LGBT atraviesan situaciones de aislamiento, sabiendo que el aislamiento es un factor de riesgo para el abuso.
- El miedo a la homofobia o a la transfobia determina que muchos ancianos LGBT no soliciten ayuda.
- La homofobia o transfobia internalizada puede hacer que este grupo no busque ayuda y se generen situaciones de auto abandono.
- Muchos ancianos LGBT eligen esconder su identidad y revelarla contra sus deseos puede ser muy problemático para ellos.
- Las personas ancianas Gays y Lesbianas le otorgan un gran valor a "arreglarse solos" y puede ser que rechacen o directamente no soliciten ayuda.

El abuso en sordina

Para finalizar nuestro recorrido presentaremos algunos apuntes narrativos gentileza de David Lodge, quien publicó en el año 2008 su novela decimocuarta titulada "La Vida en sordina" (*Deaf sentence*), un verdadero ejercicio de audacia para alguien que se está quedando sordo, ya que sobre eso trata el libro, entre otras cosas (1).

El título en inglés es, en efecto, un juego de palabras intraducible que juega con el parecido entre "deaf" (sordera) y "death" (muerte), una "death sentence" es una condena de muerte. Desmond, profesor jubilado y personaje principal de la novela, es sentenciado a la pérdida gradual de la audición mientras contempla como todo su mundo está cambiando; si bien se acogió a la jubilación anticipada, este hecho más que ser una fuente de placer lo es de preocupación. Su esposa, Fred, en cambio está gozando de una segunda juventud gracias a su

renovado aspecto y a un tardío éxito profesional. Esto no es todo ya que también debe ocuparse del cuidado de un padre de noventa años, también sordo y con importantes olvidos así como de resistir el asedio de una estudiante especialmente interesada en la problemática del suicidio.

Divertida y conmovedora, es un brillante relato sobre las pérdidas, un verdadero manual de como atravesar la temporada de duelos que representa el envejecimiento; la sordera, la muerte, la vejez y la mortalidad en clave Lodge, esto quiere decir: apelando a un balance perfecto entre tragedia y comedia que a esta altura ya no sorprende. Un valor agregado es que el autor, que hoy cuenta con ochenta y dos años, tenía setenta y cinco en el momento en el que la escribió, o sea que las páginas de "La vida en sordina" pueden ser consideradas como reportes del campo de batalla, notas acerca del envejecimiento escritas por alguien muy inteligente que evidentemente tiene mucho para contar.

Veamos que nos glosa el propio autor, en un reportaje que le realizaron con motivo de la traducción del libro al español (21): "... desde el principio pensé en combinar la experiencia de mi sordera con la del cuidado de mi padre durante los últimos años de su vida. Esto hizo que la novela fuera más seria. De alguna manera pasó gradualmente del tono de una comedia al de una elegía. Como la mayoría de los escritores, compruebo que pienso más en el misterio de la muerte conforme me hago mayor, y supongo que escribir sobre ello es una forma de asumir la mortalidad, pero creo que el verdadero motivo de escribir -y quizá de toda manifestación artística, tenga que ver o no con el tema de la muerte-, es desafiarla dejando en la Tierra algo que nos sobreviva. Es la misma motivación que lleva a mucha gente a tener hijos y los libros son los hijos de los escritores".

Finalizando nuestro recorrido y retomando la cuestión del abuso existen dos situaciones que están brillantemente graficadas en el texto y que creemos pueden llegar a ser de utilidad para nuestros lectores interesados en el asunto:

- La sordera: este tema sobrevuela toda la novela y nos parece que debemos considerarla dentro del maltrato macro descrito por Benet ya que nuestra sociedad condena a aquellos que la padecen (jóvenes y viejos, por supuesto) a una situación de maltrato que no posee la visibilidad que merece. Veamos algunos breves recortes, simplemente a modo de disparadores: "... la sordera es cómica así como la ceguera es trágica. Por ejemplo, Edipo: supongamos que en vez de haberle arrancado los ojos le hubieran reventado los tímpanos...", "... los perros, los bastones blancos, las gafas oscuras son signos visibles de su desgracia que suscitan un instantáneo deseo de compasión...", "...nuestros audífonos son casi invisibles y no disponemos de animales adorables a consagrados a cuidarnos (¿Cuál sería el equivalente de un perro para un sordo? ¿Un loro en el hombro que te grazna al oído?)".
- Auto-abandono (*self-neglect*): la cuestión del maltrato en contra de sí mismo aparece muy claramente

en los capítulos dedicados a la relación del protagonista con su padre; este es un ex músico de noventa años que intenta impedir por todos los medios ser cuidado por el hijo, ya que vivencia esta situación como una gran pérdida de libertad. Veamos algunos fragmentos: “... la casa nunca ha parecido realmente limpia desde la muerte de mamá, hace trece años, pero ha ido cuesta abajo a tumba abierta desde que Irene, la asistente polaca de papá, enfermó y se jubiló, porque no consigue encontrar a otra persona”, “... el ayuntamiento local intentó mandarle sustitutas, pero él sospechaba que todas trataban de robarle sus “cosas” y el dinero que guardaba escondido debajo de las tablas del suelo”, “... tanto más

penoso es, por tanto, contemplarle ahora, privado de todas esas actividades que le llenan la vida. Últimamente solo tiene un hobby: ahorrar dinero, observar los precios, economizar en comida, ropa y facturas domésticas”.

Creemos que estos trozos son suficientes para dar una idea del tono del libro, y de sus posibilidades; podríamos seguir dando ejemplos del mismo referidos al suicidio, a la sexualidad o a la relación con los hijos pero por ahora dejamos esa tarea en manos de nuestros lectores.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no poseen ningún conflicto de intereses. ■

Referencias bibliográficas

- Lodge D. La vida en sordina. Barcelona: Anagrama; 2010.
- Szulik J, Matusевич D. Aspectos teorico-clinicos del abuso en la vejez. VERTEX, Rev. Arg. de Psiquiat. 1998, Vol. IX: 252-259. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/elde-rabuse>.
- CEPAL, Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2003.
- Deloitte. Brechas importantes. Encuesta Deloitte 2015, Generación del Milenio. [Internet]. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/cr/Documents/human-capital/estudios/150225-EncuestaDeloitte2015-Generacion-del-Milenio.pdf>.
- Muñiz, N. Avances en protección de los derechos de los mayores. Diario Popular. [Internet]. Disponible en: <https://www.diariopopular.com.ar/general/avances-proteccion-derechos-los-mayores-n309769>.
- Burston G. Granny battering. The British Medical Journal 1975, 3:592-596.
- Butler R. Why survive? Being old in America. Baltimore. Johns Hopkins University Press; 2002.
- Salvarezza L. Psicogeriatría. Buenos Aires. Paidós; 1988.
- Bennett G, Kingston P. Elder Abuse: Theories, Concepts and Interventions. Londres. Chapman and Hall; 1993.
- OEA. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- Homer y Guillead, citados por Letelier Corr A. Maltrato en la vejez. Maltrato en la Vejez 2005, Vol. XIV, Nº 1.
- Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of Elder abuse: a random simple survey. Gerontologist 1998; 28: 51-57.
- Daichman L. Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez Portal do Envelhecimento, revista en Internet 2004; 54: aprox. 12 páginas. [Internet]. Disponible en: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo13>.
- Whitaker C, Bumberry W. Danzando con la Familia. Barcelona. Paidós Ibérica; 1991.
- Kosberg J, Garcia J. Elder abuse: international and cross-cultural perspectives. New York. Haworth Press; 1995.
- Ford R. Francamente Frank. Buenos Aires. Anagrama; 2015.
- <https://www.rottentomatoes.com/tv/transparent>.
- <http://flacso.org.ar/noticias/hay-que-desestigmatizar-la-vejez-de-las-personas-lgbt>.
- Irving J. Personas como uno. Buenos Aires. Tusquets; 2013.
- Centeronelderabuse.org
- Berges J. David Lodge: “Escribo y asumo la muerte” Heraldo. es, domingo, 20 de agosto de 2017, Ocio y Cultura.

“Rosario se escapa”. Salud mental y derechos de lxs niñxs y adolescentes

Erica G. Gunther

Licenciada en Trabajo Social

Equipo interdisciplinario de guardia, Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”

E-mail: erica_gunther@yahoo.com.ar

Resumen

El presente artículo pretende establecer una mirada crítica de la situación de la niñez y adolescencia usuaria de servicios de urgencia de salud mental. Para ello se utiliza una situación acaecida en la guardia de un hospital monovalente infanto-juvenil. Se problematiza la misma en términos de vulneración y restitución de derechos de niñxs y adolescentes.

Palabras clave: Trabajo social - Urgencias - Hospital monovalente - Niñez y adolescencia - Derechos - Vulnerabilidad

“ROSARIO ESCAPES”: CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH AND RIGHTS

Abstract

This article aims to establish a critical view of the situation of children and teenagers who use mental health emergency services. I describe a situation in the emergency room of a child and adolescent psychiatric hospital, problematized in terms of violation and restitution of rights of children and adolescents.

Key words: Social work - Emergency - Psychiatric hospital - Childhood and adolescence - Rights - Vulnerability.

Soy maestra de nivel primario y Licenciada en Trabajo Social. Distintas decisiones vitales me condujeron al trabajo en urgencias de salud mental con población infanto-juvenil. Lo cierto es que éste no era el campo de intervención profesional que más me convocaba, ni la institución que más atractiva me resultaba. El “manicomio infantil” simplemente llegó a mí, como yo a él.

La opción sencilla para encarar este escrito sería demonizar la institución manicomial, sus lógicas y sus prácticas. Tomar este camino sería poco original. Prefiero pensar lo que a continuación presento como un doloroso y obscuro analizador de la realidad de nuestras infancias y adolescencias.

Rosario llega un sábado a la tarde con su mamá y su abuela materna. Recorrió una larga travesía desde el conurbano profundo. Vive en un barrio famoso, cerca de un río sucio, rancio y podrido. Allí, hace décadas, un niño de rulos despuntaba su pobreza en un potrero. Soñaba con jugar el mundial.

La nena tiene 12 años, pero es muy menudita. Parece más pequeña. No ha tenido enfermedades significativas. O al menos eso creen, ya que hace años que no recibe un control pediátrico. Aún no menstrúa. Va a la misma escuela desde 1° grado. Ahora está en 6°, pero no sabe escribir más que su nombre. No sabe leer. Asiste de vez en cuando. Se porta mal desde siempre en el aula. Pelea con sus compañerxs. Pega.

Las cuentas indican que su mamá fue una madre adolescente. Tenía tres años más que Rosario cuando tuvo a su primer hijo. Ahora tiene 28. Lleva en su rostro las marcas de una vida dura. En la casa, además de Rosario y su mamá, viven sus hermanxs de 13, 9, 6 y 2 años; y su padrastro. La vivienda es precaria y la plata no alcanza para todo. Viven con lo que reúnen entre las AUH (asignaciones universales por hijo) de lxs chicxs y las changas en la construcción. La abuela materna habita otra vivienda en el mismo barrio.

Su papá, que también fue un padre adolescente, delinque y consume sustancias desde antes que Rosario naciera. Quedó privado de su libertad a fines del año pasado. No es la primera vez. No se sabe cuándo va a salir. O no quieren contar. Hay, por el lado paterno, varios antecedentes de salud mental y adicciones. No mantienen relación con estos familiares.

Rosario se escapa de la casa frecuentemente. No pueden evitarlo. Cuando se quiere ir, no logran retenerla. Lxs vecinxs dicen que se va a la casa de un hombre a consumir paco. Ella no lo desmiente pero no da información. Su mamá tuvo que hacer más de una denuncia de búsqueda de paradero. La Comisaría dio intervención al Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos del Niño, Niña y Adolescente de su zona. Esa institución orientó a la familia. Firmaron un acuerdo para que Rosario se quedara un tiempo en casa de su abuela materna. Estuvo bien unos días y luego también se escapó de allí. Alguien las “derivó” a la guardia de nuestro hospital. Sin una reseña escrita, sin un llamado telefónico, sin nada.

Me gusta pensar pensar al Trabajo Social como una profesión tendiente a la garantía y/o restitución de derechos sociales. Es así que mi primera tarea cuando tomo contacto con una situación es identificar cuáles son esos derechos potencial o efectivamente vulnerados. La segunda tarea -el diseño y la ejecución de estrategias para su garantía o restitución- suele ser lo que me enfrenta a la frustración y al sabor amargo que siempre me deja mi trabajo.

Mientras se desarrolla la entrevista tengo claro que el centro de la escena es Rosario y que, según reza el Código Civil y Comercial de la Nación, ella *aún es una niña*. La Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución Nacional, la Ley CABA N° 114 y la Ley Nacional N° 26.061 indican que, como equipo de salud, es nuestra obligación dejarnos guiar por *su interés superior* en tanto principio jurídico garantista de los derechos de niñxs y adolescentes consagrados en dichas legislaciones. En el marco de un dispositivo de urgencias perteneciente a otro distrito y en un horario no hábil, establecer la acción profesional menos restrictiva y más respetuosa de esos derechos resulta un desafío complejo. Me obliga a interrogarme acerca de su historia de vida, su historia con las instituciones, su historia con sus derechos.

Quizás por mi condición de maestra, no puedo dejar de pensar en que Rosario no sabe leer ni escribir. Es lo que más me impacta del relato. Nuevamente, el camino fácil es sancionar un “F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada”. Como nunca adherí a *pensar que la complejidad de lo social pueda reducirse a un código*, me niego a hacer propia esa forma de ver el mundo.

No dudo que este retraso pueda tener una entidad real. Dudo que a Rosario alguien la haya cuidado y protegido. Que le hayan dado un beso en la puerta el primer día de clases. Que cada mañana haya tenido con qué llenarse la panza antes de entrar al aula. Que le hayan revisado las tareas de su cuadernito. Que en su familia la palabra fuese una herramienta valiosa para la comunicación. Que alguna vez le hayan dicho “te quiero, te felicito, estoy orgulloso de vos”. Que en la escuela la hayan estimulado. Que sus docentes se hayan alarmado a tiempo. Que hayan buscado hasta encontrar otros modos posibles de enseñar.

Tengo la absoluta certeza de que a Rosario le arrebataron su *derecho a aprender*, en un contexto socio-educativo sumamente hostil y desigual.

Amplió mi mirada al escenario familiar, que con crudeza da cuenta de una situación de vulnerabilidad socio-económica-habitacional de tipo estructural. Pienso en los primeros años de vida de Rosario, segunda hija de padres adolescentes en el pos 2001. Me pregunto acerca de la adolescencia de esa mamá y de ese papá. Si habrán tenido un lugar donde vivir o alguien que los pudiera ayudar. Si habrán podido alimentar a sus hijxs cuando éstos eran chiquitxs. Si lxs habrán podido preservar de las prácticas de consumo de lxs adultos que lxs rodeaban. Si la policía habrá entrado a esa casa muchas veces.

Si esos niños habrán sido testigos o víctimas directas de situaciones de violencia. Si habrán ido a la cárcel a visitar a su papá. Si Rosario habrá sido buscada o deseada o bien recibida. Si alguien habrá podido ocuparse de amarla. Si habrá tenido momentos para ser niña, para jugar, para ser feliz. Si sus padres, para poder serlo, habrán necesitado y no obtenido asistencia, acompañamiento, sostén.

Vienen a mi mente otros derechos que Rosario no ha podido ejercer en su corta vida y que ya han signado su tránsito por ella: el *derecho a una protección especial*; el *derecho a crecer en un ambiente de afecto*; el *derecho a la asistencia social*.

Vuelvo a pensar en la genuina preocupación planteada por su madre y su abuela. Rosario efectivamente se escapa, consume sustancias y se expone a situaciones de riesgo. Como estamos en un hospital, es *el derecho a la salud* el que está ahora en cuestión y el que nos implica directamente.

Me invade una lluvia de preguntas para las que no tengo claras las respuestas: ¿Es Rosario una adicta? ¿Es nuestra función evitar que se escape de su casa? ¿Es este el "riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros" del que nos habla la Ley N° 26.657? ¿O estamos ante otro tipo de "riesgo" no abordable desde un hospital monovalente? ¿No es, más bien, la vida en esta sociedad el verdadero riesgo para Rosario? ¿Lo mejor que tenemos para ofrecerle es una internación por salud mental? ¿Así garantizamos su derecho a la salud? ¿Así restituimos su niñez? ¿No existen otros modos de cuidarla y protegerla, en un marco de corresponsabilidad entre desarrollo social, educación y salud?

Finalmente, vuelvo a centrarme en lo real de la situación, en el aquí y ahora que permanentemente nos presenta el trabajo en la urgencia. En la innegable distancia entre lo ideal y lo posible. ¿Qué es "lo posible" en un escenario tan complejo y desolador?

Desde los efectores de niñez, *es posible* la organización de un sistema telefónico centralizado de atención/recep-

ción/distribución de urgencias del Gran Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, que trabaje en forma articulada con la Guardia Permanente de Abogados del Consejo de Niños y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. O en menor escala, la actualización y comunicación fehaciente de los teléfonos celulares de guardia de cada uno de los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos del Niño, Niña y Adolescente.

Desde los efectores de salud, también es posible la organización de un sistema telefónico para contacto de urgencia con el área de Salud Mental de cada Región Sanitaria del Gran Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, a los fines de facilitar la obtención real de turnos para la pronta atención cercana al domicilio de las familias, quienes de otro modo, toman como único/último recurso al hospital monovalente de la ciudad.

Desde el hospital monovalente, *es posible* la organización de un equipo interdisciplinario (psiquiatría, psicología, trabajo social, pediatría) para la atención inmediata y breve posterior a la evaluación por guardia. La incorporación de un dispositivo de estas características permitiría: a) el acceso efectivo a la atención en el corto plazo, lo que podría llegar a impactar tanto en un mejor aprovechamiento del contacto con el sistema de salud como en una posible disminución del número de internaciones; b) la articulación interinstitucional (e interjurisdiccional, de corresponder) con los efectores de salud mental a los fines de organizar la continuidad posterior del tratamiento en zona de referencia, c) la articulación intersectorial (principalmente con efectores de niñez, desarrollo social y educación) con el objetivo de conocer/abordar integralmente la situación y redistribuir responsabilidades e incumbencias institucionales.

Duele entender que ninguna de las instituciones que debían ayudar a Rosario a *ser niña* actuó en tiempo y forma. Cuántas oportunidades perdidas. Cuánto sufrimiento evitable. Cuánta soledad. Cuántas miles de Rosarios le sangran por los poros a nuestro país. ■

Traumatismos Sociales: Sobre la clínica y el análisis de la subjetividad

Mariana Lagos

Médica psiquiatra y psicoterapeuta

Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial – EATIP

Presidente del Capítulo de Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos – APSA

Miembro del Comité Ejecutivo del Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura – IRCT

Docente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Docente del Instituto Superior de Formación de Postgrado de APSA

E-mail: mlagos@intramed.net

Silvana Bekerman

Médica psiquiatra y psicoterapeuta

Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial – EATIP

Vicepresidente del Capítulo de Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos – APSA

Noemí Sosa

Psicóloga, Psicoterapeuta

Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial – EATIP

Colaboradora y ex integrante de la Comisión Argentina para los Refugiados y Migrantes – CAREF

“En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos donde planificar la esperanza junto a otros”.

Enrique Pichon-Rivière

Resumen

La asistencia clínica y psicosocial nos convoca a intentar comprender la complejidad con la que los hechos traumáticos operan sobre las personas y su subjetividad, así como nuestros propios posicionamientos y marcos de referencia. Las *situaciones traumáticas de origen social* afectan a un colectivo y el Estado tiene algún grado de responsabilidad en la génesis de los hechos y en la resolución de sus efectos. Nos vemos interpelados en nuestro quehacer profesional por problemáticas que atañen a los sujetos y sus vínculos. El modo en que estos hechos de alto contenido traumático son elaborados, depende de numerosos factores que desafían nuestras teorías y abordajes terapéuticos.

La crisis epocal, marcada por incertidumbres, modelos de violencia, intolerancia a las diferencias, fractura de los lazos sociales, conjugados todos ellos con importantes avances tecnológicos y cambios subjetivos, dan lugar a complejos y nuevos modos de vincularidad, incluso de “hiperconectividad”, mediados por las redes sociales. Estas vicisitudes de época nos hacen encontrar expresiones de malestar en nuestro lugar en el mundo y en el de cada quien, que afectan muy profundamente las identidades y refuerzan los sufrimientos ante la emergencia del poder arrasador de los traumatismos sociales, constituyéndose en parte del actual desafío en nuestra práctica profesional.

Palabras clave: Traumatismo social - Dispositivos de abordaje - Elaboración - Retraumatización - Implicación- Prácticas sociales - Subjetividad - Identidad.

SOCIAL TRAUMA: CLINICAL PRACTICE AND ANALYSIS OF SUBJECTIVITY

Abstract

Clinical and psychosocial assistance demand that we try and understand the complex effect traumatic events have on people and their subjectivity, as well as on our own stance and reference framework. *Traumatic situations of social origin* affect groups of individuals and the State is to some extent responsible for their genesis and the resolution of their effects.

In our professional practice we are faced with problems that concern both the individuals and the relationships they establish. The way highly traumatic events are dealt with is influenced by various factors that challenge our therapeutic theories and approaches. The crisis of our time, characterized by uncertainty, violence patterns, intolerance of differences, fracture of social bonds, combined with major technological developments and subjective changes, triggers new and complex ways of connection -even hyperconnectivity- through social media. These vicissitudes of our time confront us with new expressions of discomfort about our own place in the world, deeply affect our identities and reinforce the suffering we experience when faced with the emergency of the devastating power of social trauma. Thus, they become part of our current challenge as professionals.

Key words: Social trauma - Clinical approaches - Processing trauma - Retraumatization - Implication - Social practices - Subjectivity - Identity.

Marco institucional del trabajo

Durante casi treinta años, desde el Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP) hemos desempeñado nuestra tarea clínica psicológica y psicosocial con personas afectadas por situaciones traumáticas de origen social. Como es natural, a lo largo de este tiempo el contexto social, político y económico ha ido cambiando, con la consecuente necesidad de adaptarnos a los nuevos entornos, intentando dar respuesta a las necesidades preponderantes en las distintas etapas. Nuestra práctica profesional se constituye desde una perspectiva psicosocial que incluye el atravesamiento permanente del contexto como factor determinante en la vida de cada persona.

Los cambios del marco de época también se hacen evidentes al analizar las distintas poblaciones asistidas en EATIP y sus diversas necesidades desde nuestra conformación como institución, en 1990. Pocos años después del fin de la dictadura cívico-militar, la tarea asistencial estuvo destinada a personas afectadas por la desaparición de sus familiares, a quienes estuvieron secuestrados-desaparecidos y recuperaron su libertad, a ex presos políticos, exiliados, personas que vivieron el *insilio* (modo de vida en cierto aislamiento y clandestinidad), hijos apropiados que recuperaron su identidad y otras formas de afectación derivadas del terrorismo de Estado. Posteriormente fueron surgiendo otras problemáticas específicas en este mismo grupo de afectados, por ejemplo la cuestión de la maternidad / paternidad en hijos de desaparecidos, que asumió características y significaciones particulares ante la ausencia de sus propios padres. Así también, en los últimos años, asistimos al impacto emocional en quienes participan como testigos en los juicios contra represores y genocidas, lo cual nos ha planteado nuevas necesidades de intervención.

Simultáneamente, se fueron sumando como poblaciones a asistir psicológicamente, personas afectadas por distintas formas de violencia -explícita, implícita, mediatizada- ejercida desde el Estado durante los gobiernos constitucionales hasta la actualidad. Nos encontramos entonces con quienes sufrieron -en forma directa o en tanto familiares- situaciones de represión y

criminalización de la protesta social y la pobreza, familiares y sobrevivientes de “catástrofes” (incendio de la sala de recitales Cromañón en 2004, de la tragedia del tren Sarmiento en la Estación de Once en 2012, inundaciones, entre otros), numerosos casos de “gatillo fácil” (asesinatos o muertes producidos por el accionar impune de las fuerzas de seguridad), desapariciones, trata de personas y violencia de género. Y, en términos generales, podemos considerar también a todas aquellas personas que sufren situaciones traumáticas derivadas de las graves condiciones de pobreza, exclusión social y narcotráfico, tan trágicamente instaladas especialmente en los barrios más humildes y desprotegidos. Todas estas situaciones tienen un denominador común, que es la impunidad con la cual se manejan los responsables de estos hechos. Impunidad que, por un lado, actúa como factor de actualización y retraumatización constante, y que, por otro lado, conlleva para las víctimas la enorme responsabilidad de buscar justicia en medio de una apretada trama de corrupción y encubrimiento.

Los orígenes de nuestro equipo representan una marca fundacional a lo largo de nuestra práctica y del modo de concepción de estas problemáticas. Partiendo de una primera actividad no formal, que fue el acercamiento solidario a las Madres de Plaza de Mayo en 1977 por parte de Diana Kordon, coordinadora, se instauró una modalidad que con el tiempo demostraría ser piedra basal de posteriores concepciones estructurantes de nuestro trabajo profesional. Poco más tarde se sumaron Lucila Edelman, Darío Lagos y Daniel Kersner, también médicos psiquiatras y psicoterapeutas, quienes comenzaron a participar en las marchas y a escuchar el dolor y el sufrimiento que embargaba a las Madres en la búsqueda desesperada de sus hijos. Desde ese lugar de acompañamiento fraterno, solidario y comprometido, se fue configurando lo que pasaría a ser la tarea asistencial más formalizada, a partir de la angustiada preocupación de las Madres sobre cómo responder a sus nietos acerca del destino de sus padres. Este interrogante, cargado de dolor e incertidumbre, fue el articulador sobre el cual se fueron desarrollando los dispositivos de abordaje individuales, familiares y grupales. Esta actividad se mantuvo

hasta el año 1989 en el seno del Equipo de Asistencia Psicológica de la Institución Madres de Plaza de Mayo.

En 1990 se funda el Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, organización independiente, cuya marca de origen es esta modalidad de acercamiento a las personas afectadas, de acompañamiento y presencia activa, no neutral, ante las situaciones de traumatismos sociales.

Creemos que la participación directa en el campo social es la base fundamental, además del desarrollo de la tarea asistencial, que nos ha permitido conceptualizar las experiencias realizadas conformando un cuerpo de ideas en constante revisión y reformulación, que nos ayuda a enfrentar los desafíos que el contexto histórico-social nos va planteando día a día.

Clínica de lo traumático

El trauma se produce y se renueva en tanto experiencia histórico-social. En los traumatismos sociales hay ciertas particularidades que los definen: irrumpen sorpresiva y violentamente en la vida de las personas produciendo una pérdida generalizada de los factores de sostén material y psicológico; sus efectos tienden a desestructurar el psiquismo (pudiendo llegar a ser devastadores) y paralizar u obstruir la implementación de respuestas adaptativas adecuadas. Es decir: ocasionan un importante ataque a la capacidad de pensamiento, afectan profundamente la vida anímica y la subjetividad. La vida cambia de un momento a otro. Todo hecho traumático implica una herida (etimológicamente *trauma* significa perforación o rotura), una solución de continuidad que en mayor o menor grado implica una o más pérdidas (de personas significativas, de ideales, de partes de propio cuerpo, objetos, trabajo, etc.) que obligan a realizar un trabajo de duelo. Trauma y duelo están indisolublemente ligados.

Elaboración de lo traumático

Las características del hecho traumático, incluida a veces su intencionalidad, junto con las modalidades de respuesta inmediata y posterior y la capacidad de reacción y reparación social, inciden fuertemente en las posibilidades de elaboración personal del trauma. Las consecuencias psicológicas y físicas derivadas de la exposición a estas vivencias son sumamente variadas en intensidad, frecuencia y coexistencia de síntomas. Sin pretender aquí enumerar la proteiforme expresión sintomatológica y tan sólo a modo de breve descripción, podemos encontrar: crisis de ansiedad con marcada repercusión somática neurovegetativa, trastornos del sueño, conductas evitativas (inhibición de la actividad, fobias, aislamiento, abandono de proyectos vitales), síntomas disociativos, trastornos del ánimo y del humor, sentimientos de impotencia, de hostilidad y vivencias persecutorias, descompensaciones psicóticas, trastornos somáticos severos...

Diana Kordon y Lucila Edelman plantean el concepto de marca psíquica como “...punto donde se entrelazan los conceptos de traumatismo (entendido como aquel evento que por su intensidad y cualidad es potencialmente patológico, según las capacidades defensivas y de elaboración psíquica) y la esfera narcisista del sujeto (con lo que implica de constitución de identidad personal a lo largo de la historia, en su interrelación con otros significativos)...” (1). Esta definición enfatiza el impacto de lo traumático sobre la estructura identitaria y la subjetividad, dando cuenta de la necesidad del trabajo de elaboración que plantean estas situaciones.

La problemática de la elaboración subjetiva, en tanto trabajo psíquico de ligadura, incluye procesos de historización y semantización, así como de discriminación del discurso y las representaciones sociales dominantes (que alienan al sujeto de su propia experiencia, sentimientos y pensamiento crítico). El relato de lo ocurrido y de las vivencias y afectos asociados, junto con la comprensión del impacto de los discursos hegemónicos -con frecuencia culpabilizadores de los afectados- tendrán efectos terapéuticos. Al mismo tiempo el proceso de elaboración psíquica está vinculado muy estrechamente al sentido que el hecho traumático adquiere para cada persona y a la posibilidad de encontrar y mantener apoyos adecuados para el psiquismo.

En consecuencia, desde el ámbito terapéutico se tiende a construir y recuperar un orden simbólico subjetivante en un modelo vincular que habilite recursos psíquicos para comprender la significación y el sentido de la situación traumática, como así también se promueve la búsqueda de redes familiares, grupales, institucionales, de grupos de pares.

Este trabajo elaborativo individual, que tiene una relación de realimentación e interioridad con las prácticas sociales vinculadas a los hechos traumáticos, va reconstruyendo paulatinamente la subjetividad dañada.

Herramientas y dispositivos para la tarea clínica y psicosocial

Los dispositivos a utilizar serán variados y con frecuencia complementarios. Los abordajes individuales, familiares, grupales y comunitarios son la base de la tarea. Todos ellos desde una perspectiva integral, de género y psicosocial. Los recursos terapéuticos tradicionales en numerosas oportunidades no resultan efectivos dada la profunda disrupción de la vida psíquica y material. Se deben considerar las particularidades de cada caso al momento de plantear encuadres apropiados y eficaces. Por ejemplo: con frecuencia las personas afectadas, por diversos motivos no se pueden trasladar hasta un consultorio o institución, siendo los terapeutas quienes debemos acercarnos a ellas.

En muchos casos hemos construido instrumentos específicos, como los dispositivos de acompañamiento psico-jurídico, especialmente diseñados para afrontar junto a los ex detenidos-desaparecidos, familias, gru-

pos de pertenencia y otros testigos diversas instancias en los juicios orales por delitos de Lesa Humanidad. Otro instrumento terapéutico que hemos desarrollado son los grupos de reflexión, donde se aborda específicamente alguna problemática particular de un conjunto de afectados, por ejemplo: sobrevivientes de Cromañón, personas que vivieron en el exilio, maternidad en jóvenes hijas de madres desaparecidas, trabajadores en situaciones de conflicto, etc.

El enfoque clínico de los traumatismos sociales reconoce entonces especificidades que requieren ser tenidas en cuenta a fin de fundar un ámbito propicio para el trabajo de elaboración psicológica. Sólo en determinadas condiciones de encuadre y de vínculo terapéutico será posible evocar sufrimientos, pérdidas, tormentos y desplegar la fantasmática originada en estos profundos traumas como camino necesario a recorrer en la búsqueda de reparación. El trabajo psicoterapéutico implicará abordar las problemáticas derivadas de la pérdida de autoestima, de quiebres identitarios, pérdida de proyectos de vida, de frecuentes sentimientos de culpa desencadenados por el traumatismo. El trabajo de duelo será condición ineludible en la tarea clínica que tendremos por delante.

Especificidades de los abordajes clínicos y psicosociales en traumatismos sociales

Reconocimiento y legitimidad de los hechos traumáticos

En un primer momento, las personas afectadas por traumatismos sociales se acercan al equipo de asistencia porque conocen de su dedicación y experiencia en estas problemáticas. Saben que los profesionales comparten una valoración común sobre la situación sufrida. Por lo tanto, se instala una primera transferencia con la institución, anterior al proceso terapéutico que se desarrollará. Se establece así un supuesto que aloja el drama del evento traumático padecido, más allá de que se hable o no de lo sucedido. Esto genera un sentimiento de alivio, ya que en muchos casos puede pasar un tiempo hasta que se pueda hablar de ciertas tramas, como poner en palabras aquello del orden de lo siniestro (ciertas experiencias padecidas en la tortura, particularmente referidas a vejámenes sexuales), o aquellas fantasías del orden de lo inimaginable y en el límite de la posibilidad de elaboración, como la pérdida de los hijos, el sufrimiento, o circunstancias últimas de sus vidas.

Continencia y confianza

Los distintos abordajes e intervenciones deben incluir como condiciones básicas la continencia y el establecimiento de un vínculo de confianza, frente al efecto de desmoronamiento del psiquismo por el arrasamiento del Trauma y el desapuntamiento produci-

do desde la institucionalidad. Frente a los traumas sociales, el Estado -en sus múltiples intermediaciones- no sólo fracasa en sus funciones de protección, sino que incluso muchas veces es el responsable de los hechos. Esta circunstancia promueve sentimientos de desconfianza y aumenta la vulnerabilidad.

Se confía en quien da indicios de poder contener. Así como el primer yo es corporal, la continencia es en principio también corporal. La primera continencia que brindamos como terapeutas es nuestra presencia, nuestra compañía, nuestra alteridad a disposición del padecer del otro.

Acompañamiento psicosocial

En forma simultánea con los distintos abordajes psicoterapéuticos realizamos intervenciones psicosociales que asumen diferentes formas según las circunstancias: participación en actos conmemorativos, marchas, audiencias judiciales, acciones de incidencia o sensibilización hacia funcionarios públicos. También forma parte de este acompañamiento una presencia sostenida junto a las agrupaciones de afectados que se organizan muy frecuentemente en respuesta inmediata y espontánea frente al evento traumático. Llamamos a estas agrupaciones "**colectivos testimoniantes**", que se constituyen como portavoces de una demanda social y tienen la capacidad de irrumpir en la escena pública con sus reclamos, generalmente asociados a la exigencia de Justicia. En la dinámica de estos nucleamientos el relato de lo ocurrido a cada persona y las vivencias asociadas se constituyen en un trabajo de historización y semantización que tiene efectos terapéuticos. El valor del testimonio ocupa un lugar relevante en términos elaborativos y de subjetivación.

La implementación de una respuesta activa por parte de las personas que han perdido familiares queridos favorece la autopreservación del psiquismo. La vivencia de estar haciendo todo lo posible contribuye a sobreponerse a las exigencias del Ideal del Yo y a los sentimientos de hostilidad, culpabilidad y autorreproche que suelen estar presentes. Generalmente las personas afectadas encuentran, a través de su participación en diversas prácticas sociales, otra vía de procesamiento frente al arrasamiento producido por el trauma. Así, el psiquismo individual encuentra en el lazo social un soporte indispensable para mantener su integridad y funcionamiento.

En sentido contrario, en los traumatismos sociales habitualmente asistimos a maniobras de manipulación de la información que, ya sea por parte del discurso hegemónico o vehiculizados por los medios masivos de comunicación, inciden fuertemente en las personas afectadas dificultando la elaboración de la situación padecida. La inducción a la negación de lo sucedido, el silenciamiento social o la inversión de la culpabilidad sobre las víctimas, así como la impunidad que acompaña estas situaciones, tiene así profundos efectos retraumatizantes. Nuevamente aquí se vuelve relevante

el papel de la grupalidad, en tanto posibilidad de discriminación frente al discurso del poder, así como generadora de prácticas sociales de respuesta con efectos desalienantes y como ámbito productor de cambios en la subjetividad.

La modalidad de intervención será formulada en cada caso, proponiendo un encuadre abierto a los participantes, con pautas estables en términos de lugar y duración de los encuentros, y estarán a cargo de una pareja de profesionales en la coordinación.

Tarea e implicación de los terapeutas

La práctica asistencial con afectados por el Terrorismo de Estado y la impunidad nos ha enfrentado con la necesidad de elaborar personal y grupalmente diversas cuestiones que nos han permitido una mayor operatividad en nuestra tarea y en el cuidado de nuestra propia salud mental.

El tema de la muerte

El material que traen nuestros asistidos nos habla de la muerte: de muertes reales, de peligro de muerte, de amenaza a la integridad del sujeto o su familia... en síntesis, de situaciones que remiten a la muerte. Es este contacto con la muerte la mayoría de las veces el motivo de consulta. El terapeuta no recibe este material en forma pasiva; por el contrario, lo recibe en el marco de la situación transferencial. La muerte siempre deja marcas y provoca efectos. También los provocará en el psiquismo del terapeuta, activará sus propias ansiedades y fantasías e interpelará su propia postura ante la muerte.

Nuestros asistidos son personas que en su mayor parte han sufrido pérdidas irreparables. Esta misma circunstancia puede sumirnos, por identificación, en sentimientos de rabia e impotencia o activar fantasías omnipotentes de reparación, que deben estar sometidas permanentemente a diversos niveles de interpelación.

Seguridad personal

En la asistencia a personas afectadas por traumatismos de origen social existe siempre algún grado de exposición personal por parte de los miembros del equipo asistencial, de peligro real o eventual. El tipo de riesgo será diferente según las circunstancias políticas y sociales del momento en que esos traumatismos sucedan. En el caso de dictaduras, etapas de persecución, o violencia política, hasta la propia vida puede estar en riesgo.

Hay un amplio espectro de respuestas posibles frente al peligro. En un polo podemos ubicar las conductas de predominio negadoras y en el otro polo las predominantemente inhibidas. Es posible que ante el peligro cualquier conducta oscile en esta polaridad, entre la negación que nos ubica en posiciones omnipotentes y la absolutización del mismo, que produce parálisis. El trabajo en condiciones de peligro, cierto o potencial,

siempre produce una cuota de estrés, un grado de angustia difícil de resolver que debe ser considerado.

Como terapeutas, debemos tener en cuenta la posibilidad de enfrentar ciertos niveles de riesgo en las situaciones que acompañamos. Revisar nuestras ansiedades y temores es condición esencial para poder realizar nuestra tarea manteniendo una actitud de cuidado hacia nosotros mismos.

Pertenencia a un equipo de trabajo

Es de suma importancia preservar un espacio de reflexión y contención colectiva que facilite la discriminación entre las demandas de la realidad y las posibilidades de acción. El trabajo de conocimiento y reconocimiento disminuye el sufrimiento psíquico y permite adquirir instrumentos operacionales. Se requiere tener presente que existe un encargo social dominante sobre nosotros mismos que nos influye.

La escena social nos interpela ideológica y éticamente y nos convoca a una toma de posición. La tarea como trabajadores de Salud Mental nos plantea la necesidad de estar atentos a estos atravesamientos, inevitablemente en juego en nuestras ideas, afectos y posicionamientos. El pensamiento crítico y la capacidad transformadora, en el marco de la ética, son requisitos para ocuparnos de estos traumatismos en los que la pertinencia de la problemática social es inherente a nuestro campo específico y a nuestra práctica profesional.

Violencia, subjetividad y elaboración de lo traumático

Uno de los elementos constitutivos de los traumatismos sociales y que está contenido en su misma definición es la noción de violencia. La OMS define la violencia como: "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". En una definición sumamente amplia quedan incluidos distintos tipos de acciones violentas, ya sean interpersonales, o contra sí mismo, ya sea ejercida por quienes detentan lugares de poder, o por quienes se resisten a ser avasallados en sus derechos.

Asistimos diariamente a diversas formas de violencia que, instaladas en la escena social, se convierten en un nuevo factor que opera en la producción de subjetividad.

Los modelos de violencia se transmiten principalmente en sentido vertical, de arriba hacia abajo, y ocupan un lugar omnipresente en la sociedad. Hay violencia real y directa: en las escuelas, los hospitales, en la calle, en el tránsito, en las condiciones de inseguridad, en los barrios, en la explotación y contaminación del medio ambiente, en el fútbol, de género, en las familias. Estas expresiones irrumpen en el marco de otra

violencia, una violencia constitutiva de la organización política en la que vivimos, dada por la propia estructura social que construye modelos sostenidos de desigualdad, corrupción, e impunidad, con graves efectos en el plano material y en el simbólico.

En este marco asistimos cotidianamente a la aparición de fenómenos de violencia disruptiva, que se multiplican en cantidad y diversidad en el escenario social y que con frecuencia resultan casi incomprensibles. Nos preguntamos una y otra vez sobre sus causas. Para intentar abordar estas situaciones es necesario recurrir a un enfoque que abarque la complejidad de la problemática, que integre los efectos psíquicos ocasionados por la violencia concreta y simbólica a la que son sometidos grandes sectores sociales, y en las cuales debemos remarcar el efecto devastador del impacto de las situaciones traumáticas. Simultáneamente y en contradicción con esto, funcionan múltiples solidaridades que sostienen la pertenencia social.

Algunos casos que han tomado estado público pueden ayudar a la comprensión de los diversos aspectos contenidos en estos traumatismos, incluidas las frecuentes formas de violencia posterior a la que son sometidas las personas afectadas desde el propio Estado, en diversas modalidades tales como: ocultamiento de evidencias, negación y desmentida de lo ocurrido, intentos de cooptación y de chantaje económico, insensibilidad de los funcionarios, sostenimiento de una red de impunidad de los responsables, culpabilización de las víctimas.

Luciano Arruga, hijo de una familia pobre del conurbano bonaerense, desapareció el 30 de enero de 2009, en su barrio de Lomas del Mirador. Su familia inició una búsqueda incansable desde el primer día, hasta que lograron identificarlo el 17 de octubre de 2014, 5 años y 8 meses después, al encontrarlo como N.N. en el cementerio de Chacarita. Según se pudo saber más tarde, y tal como apareció registrado en el libro guardia del Hospital Santojanni, murió el 1 de febrero de 2009 a las 5.30hs. Había ingresado cerca de las 4hs, luego de que lo atropellara un vehículo sobre la avenida General Paz y el registro de su cadáver como N.N. calculaba su edad entre 25 y 30 años. Tenía sólo 16.

De lo sucedido surgen innumerables preguntas, sin respuesta, sobre qué pudo haber sucedido. ¿Por qué Luciano intentaría cruzar corriendo una autopista tan transitada por ese lugar en vez del paso peatonal por el que solía hacerlo? ¿Cómo sus zapatillas aparecieron en la vía contraria de la que fue atropellado? ¿Por qué apareció vestido con ropas que no eran suyas? Todas las miradas y acusaciones del grupo de Familiares y Amigos de Luciano Arruga -sin duda el principal motor de la causa judicial- están puestas en la Policía de la Provincia de Buenos Aires. La familia sabe que Luciano se había negado a salir a robar para la policía. A partir de allí había sido hostigado e incluso detenido y golpeado en otra oportunidad, un tiempo antes de su desaparición.

Su hermana, Vanesa Orieta, quien encarna la exigencia de justicia refiere: *"A medida que uno va teniendo*

una mayor comprensión de lo que le tocó sufrir a mi hermano, un pibe de 16 años y en una condición de vulnerabilidad bastante seria, la bronca también se agudiza y uno tiene que buscar las formas para que eso no termine transformándose en algo que enferma al cuerpo, la mente y el espíritu" (2).

El anuncio de la muerte de un ser querido siempre implica dolor y desgarro intolerables. Aun más incommensurable es el dolor producido por la muerte de un hijo. Pero cuando este hecho ocurre en el seno de una familia que, como otras miles, viven sometidas a crueles e indignas condiciones de vida intentando forjarse un lugar dentro del conjunto social, las consecuencias son todavía más devastadoras. Estas muertes de hijos y hermanos, asesinados en los barrios más humildes y olvidados del país, son del orden de lo inimaginable y en el límite de lo elaborable.

Este es un ejemplo que pretende dar cuenta de algunas de las situaciones en las que nos acercamos para intentar un acompañamiento posible que dé lugar al inicio de un proceso para la elaboración de las pérdidas, la aceptación de la ausencia, de la continuidad de la vida, de las responsabilidades laborales, de la crianza de los otros hijos, en estos casos en familias de alta vulnerabilidad social.

Un factor determinante en la mayor o menor posibilidad de elaboración de estos profundos traumatismos es el discurso que se hace desde el poder y la posibilidad de mantener un pensamiento crítico frente al atravesamiento de estos mensajes. El discurso hegemónico, ya sea en términos de silenciamiento, negación, desmentida, exceso de información, carga valorativa sobre determinado hecho, incide en el procesamiento personal y social consciente e inconscientemente.

Durante la Dictadura Militar se intentaba generar consenso a través de las campañas de inducción psicológica sobre la idea de "algo habrán hecho" (los desaparecidos). Esta frase, resignificada y reformulada bajo otros términos, asume hoy otras variables, aunque con una intencionalidad similar: la violencia del Estado construye el enemigo de época en la figura de los chicos pobres quienes, muchas veces como consecuencia de una sociedad que no los aloja ni siquiera en la forma más básica, cometen actos de violencia contra las personas. Este hecho no es leído como un síntoma social, como una gravísima problemática a la que se debe dar respuesta. Todo lo contrario: el Estado dirige su propia violencia contra ellos, criminalizándolos y buscando instalar en el cuerpo social la idea de que "la mano dura", por ejemplo, a través de la baja de la edad de imputabilidad, puede ser una solución frente a la angustia, preocupación, malestar y graves daños que produce el aumento de la inseguridad en la sociedad.

En su declaración sobre el tema, la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), señala *"Bajar la edad para la punibilidad en los jóvenes, instala una 'solución' que presupone que el castigo y la exclusión social a más*

temprana edad resolverían la delincuencia y la inseguridad de la ciudadanía... enfocando como solución bajar la edad... no dan respuesta ni en cantidad ni en calidad al desamparo, a la vulnerabilidad social y familiar y a los trastornos específicos en la salud mental y en la salud en general que pueden presentar los niños y adolescentes expuestos a la violencia social” (3).

En el caso de la Tragedia de Once, ocurrida el 22 de febrero de 2012, cuando una formación de tren Sarmiento perdió el control y chocó al llegar al andén de la estación terminal, produciendo la muerte de 51 personas y más de 800 heridos, nuevamente se agregan al desastre y el dolor la irresponsabilidad y el maltrato del Estado.

Los familiares y sobrevivientes de este choque quedaron sometidos a las distintas formas de la violencia institucional, expresada en la falta de cuidado y desinformación, en las deficiencias del sistema de emergencia y de los servicios de salud, los requisitos a cumplir para lograr algún tipo de asistencia oficial, los discursos oficiales (que desmintieron la falta de seguridad del servicio de transporte, o que culparon a los usuarios del tren atestado de pasajeros de viajar por propia decisión en forma peligrosa), avatares y maltratos judiciales a familiares y sobrevivientes desde el inicio del juicio a los responsables, etc. Todas estas circunstancias que padecen las personas afectadas desde el mismo momento de la tragedia se transforman en un continuo de microtraumatismos que profundizan los daños psicológicos, que llevan a la frustración y pérdida de confianza, al enojo y la bronca, la impotencia.

“Venía la gente desesperada, de horas de búsqueda, sin saber qué pasaba, sintiendo que nos mentían... Y te decían: La lista te la voy a dar en media hora, no te la puedo mostrar, te la muestro atrás del vidrio...” (4) (declaraciones de María Luján Rey, madre de Lucas Menghini Rey, fallecido en la tragedia de Once.)

Para los familiares ir enterándose en el devenir de la búsqueda y del juicio posterior sobre las complicidades, entramados de negocios y corrupción de diversos sectores del poder, agudiza el sufrimiento. Son situaciones que se perpetúan y reaparecen en forma sostenida desde lo cotidiano, con eventos dolorosos y de alto poder retraumatizante, como los siguientes accidentes del tren Sarmiento posteriores a la tragedia del 22 de febrero de 2012.

Estas condiciones del contexto ocupan un lugar central en los abordajes terapéuticos. Juegan un papel en tanto factores de traumatización y requieren de un reconocimiento por parte del equipo profesional.

Cambios sociales, impacto en la subjetividad y en la reparación integral

Desde la perspectiva psicosocial se requiere pensar sobre los cambios sociales que se producen a través del tiempo en relación a los sistemas de valores, el desarrollo tecnológico, la globalización, la imposición de modelos económicos. También, en otro orden, acerca de

la vulnerabilidad de la intimidad a través de las redes sociales, la saturación de cierto tipo de información y la manipulación de los medios masivos de comunicación. La profundización de la brecha social, los fenómenos de alta polarización, la pérdida del valor de la vida, son sólo algunos de los factores que requieren ser analizados desde nuestra especialidad. Dichos cambios inciden en las nuevas formas de subjetividad y constituyen elementos ineludibles para comprender e intervenir en los abordajes clínicos y psicosociales de los traumatismos sociales.

La tramitación personal y colectiva de los traumatismos sociales se produce necesariamente a la luz de la singularidad de cada momento histórico, de modo que es importante intentar caracterizar algunos fenómenos sociales de esta época compleja, que impresionan como contradictorios y al mismo tiempo transcurren simultáneamente. Por ejemplo: el individualismo y la inducción al consumo como ideales de felicidad por un lado, junto con múltiples iniciativas de cooperación y solidaridad por el otro.

La creciente incertidumbre que atraviesa la vida cotidiana, la pérdida de valores en los que se sostenía el reconocimiento del otro como un par con quien compartir proyectos e ideales, la dificultad de construir sentidos colectivos por falta de perspectiva de futuro, la fragmentación del lazo social, abonan el fortalecimiento de conductas personalistas. Al mismo tiempo, se multiplican las prácticas colectivas que tienden a recuperar sentidos y generar posibilidades de cambio. Se entremezclan actitudes en una polaridad que va de la frustración a la esperanza, en un acontecer vertiginoso, atravesado por las exigencias de la vida moderna.

Todo esto sucede en un escenario en el que grandes sectores de la población quedan totalmente por fuera de una institucionalidad que garantice mínimas condiciones de existencia, produciendo innumerables injusticias y crímenes sociales a los que la sociedad asiste diariamente. Advertimos en forma “natural” una distancia entre los discursos oficiales y la realidad, entre las promesas y los hechos; entre los postulados republicanos y las instituciones de la República.

Estas encrucijadas implican la presencia de una crisis sostenida de las garantías para el ordenamiento social, con pérdida de referencias, de significaciones y sentidos, que afectan los procesos de socialización y replantean las identidades individuales y colectivas.

En este marco social se incrementa el sufrimiento psíquico y se dificulta el funcionamiento de los grupos, de las familias y de las instituciones. Estas condiciones de contexto representan el escenario en el que debe tramitarse la elaboración de las situaciones traumáticas de las personas afectadas. En la clínica observamos que se suman a la afectación traumática las producciones sintomáticas del malestar de la época, con intolerancia a las diferencias, empobrecimiento y rigidez de los vínculos, atrincheramiento defensivo, y restricciones en el desempeño social.

Se escuchan expresiones de la vida cotidiana que dan cuenta de los sentimientos de impotencia: “*Es lo que hay*”, “*Ponele*”, como modo de aceptar o resignarse ante la insatisfacción establecida.

Otra característica actual es el desamparo de los sujetos en el marco del funcionamiento social, que en alguna medida viene a ser ocupado por el omnipresente lugar de las redes sociales, en tanto dadoras de identidad y lugar de reconocimiento. Éstas proponen posibilidades de existencia y narcisización que están ausentes en la realidad. Y posiblemente ésta sea una de las explicaciones que nos permitan entrever el sentido de esta nueva modalidad de compartir o “mostrar” lo personal; u opinar en las redes como un nuevo espacio de alteridad que habilita, recepciona y otorga un lugar de ser y estar ante los otros a la medida de los deseos de cada uno. Esta fantasía quizás se relacione con estas nuevas modalidades de “postear” la vida cotidiana, los vínculos, los sentimientos. Aún lo más íntimo puede asumir estado público.

Consideramos que la importancia de la elaboración de los traumatismos sociales radica no sólo en la necesidad de reparación de las personas afectadas directamente, sino en el necesario proceso de construcción de memoria colectiva que está definitivamente ligado a las perspectivas de futuro.

Las marcas de lo traumático, de lo no simbolizado, de lo no elaborado ni sometido a los procesos de la memoria atraviesan las generaciones y se traducen en actuaciones violentas inexplicables o discursos y funcionamientos rígidos. La elaboración de las experiencias del pasado incide en la posibilidad de producir, como conjunto social, las transformaciones del presente y de formular proyectos de futuro. Este trabajo elaborativo es uno de los que permite afirmar la identidad en términos individuales y colectivos.

En el escenario actual advertimos un debilitamiento de las certezas que nos garantizaban nuestro lugar y participación como sujetos, y que funcionaban como reguladoras de la vida social. Esta ausencia o fragilidad de las reglas y creencias forma parte de las nuevas condiciones de producción de subjetividad y plantean problemáticas a nivel de las identidades y las pertenencias.

Los cuestionamientos que plantean los cambios sociales en curso implican desafíos actuales y a futuro. Sin duda la desnaturalización de los modelos y discursos establecidos es una necesidad ineludible para poder pensar e intentar comprender las nuevas modalidades de existir y padecer, como así también para la definición y elección de instrumentos y dispositivos terapéuticos.

Existen, por otra parte, múltiples ejemplos que evidencian que ciertas ideas y representaciones sociales construidas en prácticas colectivas de respuesta, incluidas las experiencias de construcción de memoria, surgen con contundencia y masividad ante ataques o amenazas que intentan avanzar en sentidos contrarios. Esto sucedió en nuestro país en los últimos tiempos a

partir de varios hechos que revelan una campaña que promueve el cuestionamiento de la verdad y memoria histórica sobre lo ocurrido durante el Terrorismo de Estado. Sobrevivientes, organismos de Derechos Humanos, organizaciones sociales y políticas y grandes sectores de nuestro pueblo han trabajado incansablemente desde la dictadura cívico-militar para dar a conocer no sólo el número de detenidos-desaparecidos (con el valor concreto y simbólico que ha tomado a lo largo de los años la cifra de “30.000”) sino también lo sucedido con ellos y con todas las víctimas del Terrorismo de Estado. Asistimos actualmente a distintos intentos de desmentir la magnitud del genocidio perpetrado y que busca allanar el camino para finalizar los juicios que se llevan adelante contra los responsables y promover la “reconciliación social”, dejando de lado la importancia de la memoria, la verdad y la justicia. Esta campaña se lleva a cabo de diversas formas, por ejemplo: por medio de enunciados negacionistas respecto del número de desaparecidos, o recurriendo, como el 3 de mayo de 2017, al intento por parte de la Corte Suprema de Justicia de aplicación del beneficio de lo que se dio en llamar el “2x1” (es decir, computar como 2 años de cárcel cumplida por cada año de condena, reduciendo la condena a los genocidas presos a la mitad). Frente a estos profundos agravios la respuesta social espontánea y masiva a lo largo de todo el país dio cuenta de una historia, de una lucha y de una posición a la que importantes sectores de la sociedad no están dispuestos a resignar pasivamente. Se generó un sentimiento de unidad e identificación, fortaleciendo la pertenencia a un conjunto social con valores y creencias compartidas que lograron el retroceso de esta última medida, aumentando la capacidad de potencia dada por la acción colectiva.

A modo de conclusión

La experiencia acumulada en el Equipo a partir de la intensa tarea desarrollada nos ha permitido consolidar ideas y herramientas y nos coloca permanentemente frente a nuevos desafíos.

Reconocemos dos elementos centrales que marcan la tarea clínica y psicosocial: el **acompañamiento** por parte del equipo profesional y el **relato testimonial** de las personas afectadas.

Luego de casi 30 años en la asistencia a las personas afectadas por el Terrorismo de Estado, en el año 2006 comenzaron los juicios orales por delitos de Lesa Humanidad a los responsables del Terrorismo de Estado. Más allá del valor concreto, histórico y simbólico que representan y de la satisfacción por el logro de la exigencia de justicia producto de tantos años de lucha, pensábamos que se trataría de un proceso altamente costoso y complejo en términos del compromiso vital y emocional para las personas directamente afectadas. Con el tiempo fuimos constatando que el costo es realmente alto, tanto a nivel psicológico como físico. Fue

necesario conocer entonces las alternativas jurídicas que implican los juicios para los testigos y otras personas que participan de ellos, tarea que emprendimos junto a la Asociación de ex Detenidos Desaparecidos, integrada por los sobrevivientes de los centros clandestinos de detención y familiares de desaparecidos. Estas circunstancias nos plantearon como equipo profesional la búsqueda de instrumentos de intervención. Independientemente de aquellas personas que pudiesen encontrarse en tratamientos psicoterapéuticos, organizamos dispositivos de acompañamiento psico-jurídicos, establecimos canales de comunicación con diversas instancias judiciales, nos sumamos a participar en un colectivo de organizaciones sociales en el que se desarrolla la estrategia de las querellas de las víctimas que acompañamos, e incluso debimos responder a la necesidad de llevar adelante pericias de parte a los represores cuyas defensas adujeron condiciones mentales de inimputabilidad. Otra vertiente de nuestra especificidad implicó el aporte como testigos de concepto en las audiencias orales y también la elaboración conceptual acerca de las consecuencias psicológicas y psicosociales del secuestro y tortura en los centros clandestinos de detención para el fundamento de los alegatos de las querellas.

Estos y otros enfoques que han ido surgiendo requieren interpelar y desnaturalizar los modelos y discursos instituidos. Esto abarca tanto a las personas desde su lugar de padecimiento, como a nosotros desde nuestro rol profesional, y exige movimientos cuestionadores en todos los campos.

Los sujetos basan su pertenencia social adscribiendo a los valores y discursos hegemónicos. Cuando las

prácticas sociales logran fisurar la ideología dominante e incorporan cambios en los sistemas de ideas y valores, se habilita un lugar de reconocimiento para las diferencias y la inscripción de un cambio valorativo sobre un determinado hecho. En algunas oportunidades los cambios sociales inciden en el orden político e inducen acciones que obligan a formalizar y aún legislar sobre demandas sociales, tales como las leyes de reparación, matrimonio igualitario, identidad de género, de fertilización asistida. Una vez que lo legítimo se convierte en legal, esta pertenencia aceptada en el orden establecido favorece la valoración social, mejora los códigos de convivencia, de inserción. La aprobación por las normas sociales facilita que las personas o grupos más directamente implicados se sientan reconocidos y aún amparados en el marco social al que pertenecen. Nuestra perspectiva, como profesionales de Salud Mental, es acompañar estos movimientos de interpelación y ruptura de lo instituido, ya que sabemos del padecimiento que subyace tras la búsqueda de cambios en la estructura social dominante.

La clínica de las situaciones traumáticas de origen social, si bien nos confronta con manifestaciones extremas del dolor humano, nos da también la posibilidad de poner nuestras herramientas teóricas y técnicas al servicio del trabajo en común con nuestros asistidos para el despliegue de la capacidad de reparación y la creatividad.

Por último, nos preguntamos sobre la condición de exterioridad que aún tiene esta clínica respecto de los sistemas convencionales de asistencia y la formación profesional. Nos preocupa y nos sorprende. Es un desafío pendiente, entre tantos otros... ■

Referencias bibliográficas

1. Daño Transgeneracional: Consecuencias de la Represión política en el Cono Sur. Cintras, EATIP, GTNM/RJ, SERSOC, Santiago de Chile; 2009.
2. Tebele F y Barletta R. Vanesa Orieta: "No soy la misma luego de haber encontrado a Luciano" [Internet]. La Retaguardia. Citado 28 de Enero de 2016. Disponible en: <http://www.laretaguardia.com.ar/2016/01/vanesa-orieta.html>
3. Comisión Directiva APSA. Sobre la baja en la edad de punibilidad. [Internet] Boletín electrónico APSA. Citado 12 de Junio de 2017. Disponible en: <http://www.apsa.org.ar/docs/boletin05062017.html>
4. Kazez P, Frezcó M, Bursztyn V, Azar M, Borisonik D. Enseñanzas para una sociedad más solidaria. Aprendiendo de Malvinas, embajada de Israel, AMIA, Cromañón y Once. Buenos Aires: Editorial Planeta; 2015.

Bibliografía consultada

- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Manual de Psicoterapias. Importancia de las Psicoterapias en Psiquiatría desde las diferentes perspectivas. 2016.
- Aulagnier P. La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu; 1977.
- Bernard M. Vínculo y relación de objeto. Psicoanálisis & Intersubjetividad N° 1. Buenos Aires; 2006.
- Bleichmar S. Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo. [Internet]. Disponible en: <http://www.silviableichmar.com/articulos/articulo8.htm>.
- Bleichmar S. Acerca de la subjetividad. Conferencia Facultad de Psicología de Rosario (U.N.R.). Rosario, Argentina, 2003.
- EATIP, GTNM/RJ, CINTRAS y SERSOC, "Paisajes del dolor, senderos de esperanza". Buenos Aires: Editorial Polemos; 2002.
- EATIP, GTNM/RJ, CINTRAS y SERSOC, "Daño Transgeneracional del Trauma, consecuencias de la represión política en el Cono Sur". Santiago, 2009.
- Edelman L, Kordon D. "El apuntalamiento del psiquismo". En "Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica" de Bernard M, Edelman L, Kordon D, L'Hoste M, Segoviano M, Cao M. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
- Hornstein L. Cuerpo, historia, interpretación. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1991
- Hornstein L. Duelos, Narcisismo e intersubjetividad. Fundación para el estudio de la depresión (FUNDEP). Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. 2007.
- Kaës R. Crisis, ruptura y superación. Buenos Aires: Editorial Cinco; 1989.
- Kaës R. El grupo y el sujeto del grupo. Buenos Aires: Amorrortu; 1995.
- Kaës R. Le malêtre. Paris: Editorial Dunod; 2012.
- Kordon D, Edelman, L. Psiquismo y subjetividad. Material no publicado; 2017.
- Kordon D, Edelman L, Lagos D, Kersner D. "La Impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica". Buenos Aires. Editorial Sudamericana; 1995.
- Kordon D, Edelman L, Lagos D, Kersner D, et al. "Sur, Dictadura y Después... Elaboración psicosocial y clínica de los traumas colectivos". Buenos Aires: Psicolibro ediciones; 2011.
- Freud S. "El malestar en la cultura". Obras Completas, Tomo III. Madrid: Ediciones Biblioteca Nueva; 1968.
- Kordon D, Edelman L, Lagos D, Kersner D. "Trauma social y psiquismo". *Vertex* 1998; 9(31):42-51.
- Gomel S. "Transmisión generacional, familia y subjetividad". Capítulo 1. Editorial Lugar, 1997.
- Kordon D, Edelman L. "Por-venires de la memoria". Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo; 2007.
- Laplanche J. Problemáticas II: Castración. Simbolizaciones. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
- Puget J. Piera Aulagnier: lo social, 27 años después. APdeBA 2002; Vol. XXIV (24), N° 3.
- Tisseron S, Torok N, Rand C, Nachin C, Hachet P, Rouchy JCl. El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma. Buenos Aires: Amorrortu; 1995.



el rescate y la memoria

Vincenzo Chiarugi

**La Pazzia, sus géneros y especies:
obra fundacional de la Psiquiatría Moderna**

Norberto Aldo Conti



Vincenzo Chiarugi, el hombre

Vincenzo Chiarugi nació en Empoli, localidad Toscana distante treinta kilómetros de Florencia el 20 de febrero de 1759. Su madre, Margherita Conti, murió en el parto y su padre, Antonio Gregorio Chiarugi, fue el primer médico en una familia de comerciantes de la ciudad de Prato cuyos orígenes se remontaban al siglo XIV. Vincenzo realizó sus primeros estudios en Empoli y luego estudió en Pisa, en el Collegio Ferdinando, donde se doctoró en Filosofía y Medicina el 19 de mayo de 1779. Realizó luego el año de práctica obligatoria en el Hospital de Santa María Nueva, en Florencia, obteniendo el 23 de junio de 1780 la licencia para ejercer la profesión.

En 1782 fue nombrado médico asistente, encargado de la guardia, en el Hospital de Santa María Nueva y en 1785 pasó a desempeñarse como médico superintendente del Servicio de Hombres del Hospital de Santa Dorotea

en donde comenzó a tomar contacto con la locura y, durante esa experiencia, prohibió el uso de cadenas en la contención de los pacientes excitados.

Durante el año 1786 participó de la renovación del Hospital de Bonifacio bajo las ordenes del Gran Duque Pedro Leopoldo, este proceso, al que Chiarugi adhiere fervientemente, se inscribe en el contexto de renovación de la legislación sobre la locura en Toscana iniciado con la promulgación de la primera ley sobre los enfermos mentales en Europa, (*"Legge sui pazzi"*), de 1774, toda su labor clínica y sanitaria estará orientada en esta dirección. En 1788 fue nombrado Jefe de Servicio del nuevo hospital y poco después Director, cargo que ocupó hasta 1818.

En 1793 publicó el primer tomo de su obra más importante: *Della Pazzia in genere, e in specie. Trattato médico analítico con una centuria di osservazioni*, y en 1794 apareció el segundo volumen que contenía los dos tomos siguientes, la obra, que tuvo una gran acogida, fue traducida al alemán en 1796 y presentó una segunda edición, profundamente modificada, en 1808.

En cuanto a su vida académica Chiarugi fue Profesor de Enfermedades Cutáneas y Mentales en la Escuela de Medicina de Florencia en 1802 y también Profesor Honorario de la Universidad de Pisa en 1810.

También tuvo importantes actuaciones como clínico y sanitarista, en 1804 durante una epidemia de fiebre que azotó la Toscana se le encargó ocuparse de ella y organizó las operaciones sanitarias necesarias para su resolución, volvió a cumplir esta función durante una epidemia de tifus que aquejó a Florencia en 1817.

En 1806 pasó a ser miembro de la Sociedad Colombaria¹, de la Academia Florentina² y de la Sociedad Italiana de Ciencias, Artes y Literatura.

En 1807 ingresó al Colegio Médico Florentino, esta institución, que estaba organizada en tres secciones: Medicina, Cirugía y Farmacéutica, le permitió relacionarse con las autoridades científicas de la época.

En 1819 accedió al cargo de Superintendente de la Enfermería del Hospital de Santa María Nueva y se le encomendó la enseñanza de Fisiología, Patología y Terapéutica para el curso de especialización, en ese contexto confeccionó el reglamento de los exámenes que debían aprobarse para acceder a las matrículas de médico, cirujano y farmacéutico.

El reconocimiento a sus ideas reformistas hizo que fuera llamado como consultor durante la reforma del Instituto Hospitalario de San Servolo, en Venecia, transformado en el manicomio mixto central de Veneto, Dalmacia y Tirol.

La obra escrita y publicada por Chiarugi, más allá de la Pazzia que aquí nos ocupa, se completa con: *Lettere sopra un caso di mao venereo* (Firenze, 1783), *Saggio teorico-pratico sulle malattie cutanee sordide osservate nel Regio Spedale di Bonifazio a Firenze* (Firenze, 1799), *Istoria delle malattie afrodisiache e di quelle malattie ostinate e non*

guarite dall'arte medico-chirurgica venute nel R. ospedale di Bonifazio negli anni 1802 e 1203 (Firenze, 1804), *La fisica dell'oumo, ossia corso completo di medicina ad uso degli ufficiali di sanità* (Firenze, 1811), *Saggio di ricerche sulla pellagra* (Firenze, 1814) y *Principi elementari di Medicina Teorica* (Firenze, 1820).

Fallece, a causa de una afección pulmonar ligada a la gota, y es enterrado en Florencia el 20 de diciembre 1820. Finalmente, en 1929, es trasladado a la Iglesia de Santo Stefano degli Agostiniani, en su Empoli natal.

De la Florencia de los Médici al Gran Ducado de Toscana de los Habsburgo

La Toscana adquiere una identidad política y cultural desde el siglo XV bajo la dinastía de la familia Médici, en efecto con Cosimo de Medici (1389-1464) se inicia a partir de 1434 un exitoso liderazgo sostenido por la influencia comercial y económica que le permitió dirigir, sucesivamente, la política interna y las relaciones diplomáticas internacionales. En 1545 logró la firma de la Paz de Lodi, por la cual los cinco principales poderes de la península: Milán, Venecia, Florencia, Nápoles y los Estados Pontificios reconocían los límites de cada uno y se comprometían a respetarlos para mantener la estabilidad política y social. Por primera vez en casi cien años los florentinos podían vivir en paz y disfrutar el bienestar económico alcanzado. Cosimo se convirtió en un importante mecenas, fue elogiado por su comprensión del saber clásico, trabajó amistad con Marcilio Ficino, fue apoyado por Donatello, cuyas obras fueron acogidas en el palacio de la familia, con su dinero aseguró la conclusión de los proyectos de Brunelleschi para la Iglesia de San Lorenzo, la Biblioteca y el Monasterio dominico de San Marcos, la Capilla del noviciado en la Iglesia de la Santa Croce y la Iglesia de Badía fuera de Fiesole de esta manera Florencia se presentaba como una de las más hermosas joyas del Renacimiento, sus descendientes continuaron la política cultural por él iniciada pero a lo largo de varias generaciones esta fue decayendo y Florencia fue perdiendo esplendor hasta que, a la muerte de Gian Gastone de Médici (1671-1737), por no tener descendencia y en cumplimiento de acuerdos internacionales, fue sucedido por Francisco Esteban de Lorena y comienza así la dinastía de los Habsburgo en el Gran Ducado de Toscana.

En 1745 Francisco Esteban de Lorena alcanza el trono del Sacro Imperio Romano-Germánico y toma el nombre de Francisco I, en 1747 nace en Viena su segundo hijo, Pedro Leopoldo, quien a la muerte de su padre, en 1765, hereda el título de Gran Duque de Toscana, mientras que su hermano mayor, José II de Austria, recibía la corona del Sacro Imperio.

Pedro Leopoldo llevó adelante la reforma administrativa y jurídica del Gran Ducado y, a la muerte de su

¹ Sociedad Fundada en Florencia por el caballero Pazzi en 1735, congregaba a los sabios de la ciudad que se reunían en la parte más alta del Palacio Pazzi, de allí su nombre de *Sociedad Colombaria*.

² También conocida como Academia Platónica Florentina, fue fundada por Cosme de Médicis en 1459 y tuvo entre sus miembros a Marsilio Ficino, Pico della Mirándola, Savonarola y el Cardenal Bessarion.

hermano José II, dejó el Gran Ducado de Toscana y fue coronado emperador del Sacro Imperio Romano-Germánico y rey de Alemania e Italia con el nombre de Leopoldo II el 9 de octubre de 1790. En poco menos de un año sumó también a su poder político los reinos de Hungría, Croacia y Bohemia.

Leopoldo II gobernó durante el momento más dificultoso para las monarquías ilustradas y reformistas europeas: la ocasión y los efectos de la Revolución Francesa, desplegó una intensa actividad política y diplomática para mantener la paz en sus reinos pero su gobierno no alcanzó los dos años muriendo el 1.º de marzo de 1792.

En 1790, al asumir la corona del sacro Imperio, Leopoldo II entregó el Gran Ducado de Toscana a su hijo Fernando III, quien lo gobernó hasta 1801 cuando Napoleón lo obligó a entregarlo a los Borbones de Parma formándose así el reino de Etruria compuesto por los ducados de Toscana y Parma, en 1807 desaparece el reino de Etruria y la Toscana pasa a ser gobernada por Elisa Bonaparte, en nombre del imperio francés. A la caída de Napoleón, en 1814, Fernando III recupera el Gran Ducado y lo gobierna hasta su muerte en 1824.

La reforma estatal del Gran Ducado de Toscana (1770-1790)

En líneas generales las reformas apuntaron a dar un gran impulso a la economía, la agricultura, el comercio y la industria. a democratizar la administración y el manejo fiscal eliminando privilegios y haciendo público el presupuesto estatal. A mejorar la calidad de vida de la población a través del desarrollo de las obras públicas y la mejora de servicios. Con este propósito también se llevó adelante la reforma del Código Penal en 1786 (que abolió el delito de lesa majestad, la confiscación de bienes, el interrogatorio bajo tortura y la pena capital) y la reforma en la asistencia de los locos iniciada con la ley sobre locos de 1774 y que culmina con el *Reglamento del Nuevo Hospital de Santa María Nueva y de Bonifacio*, orientado por Chiarugi y promulgado en 1789.

La Locura (Pazzia): sus géneros y especies

En esta obra, cuyos fragmentos hoy presentamos a nuestros lectores, Chiarugi utiliza el término *pazzia*, que remite a locura en el uso cotidiano de la lengua toscana, con un sentido técnico para hacer referencia a enfermedad mental en general y muy cercano al termino alienación, utilizado poco después por Pinel con los mismos fines. Define entonces a la *pazzia* como un delirio crónico permanente, sin fiebre y en estado de vigilia, delimita así a la locura, en sentido médico, como una enfermedad unitaria y primaria diferenciada de los cuadros tóxicos y febriles y de las conductas oníricas. Pero esta enfermedad mental se expresa en tres presentaciones clínicas diferentes y susceptibles de pasar de una a otra durante la evolución de un mismo paciente, se trata de la melancolía, la manía y la amencia. Esta concepción de unidad de la psicosis con diferentes presentaciones clínicas remite al concepto de monopsicosis o psicosis única, de la cual Chiarugi es considerado el iniciador, y que será seguido después, en el siglo XIX, por los trabajos de Guislain (1797-1860), Zeller (1804-1877), Neumann (1814-1884) y, principalmente, Griesinger (1817-1868), en su tratado de 1845. ■

LA LOCURA, SUS GÉNEROS Y ESPECIES (1793)

1. MELANCOLÍA

MELANCOLÍA VERDADERA
MELANCOLÍA ESPÚRIA
MELANCOLÍA FURIOSA

2. MANÍA

MANÍA MENTAL
MANÍA REACTIVA
MANÍA PLETÓRICA
MANÍA INMEDIATA
MANÍA CONSENSUAL

3. AMENCIA

AMENCIAS ACTIVAS: Fatuidad, Necedad, Imbecilidad
AMENCIAS DEFECTIVAS: Olvido, Estupidez

Bibliografía

Chiarugi, V. (1793) Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico, T. I, Florence, Luigi Carlieri, 1793, T. II y III, 1794. (Traducción al español:(2014) La Locura, sus géneros y especies, tratado médico-analítico con cien observaciones, Buenos Aires, Ed. Polemos)

Conti NA. (2008) "De la Alienación a las Enfermedades Mentales en Alemania: Karl Kahlbaum, un pensamiento de cambio" en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XIX; Nro. 80, pág. 157-160.

Conti, NA. (2007) Historia de la Depresión: La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX, 1.ª ed., Buenos Aires, Ed. Polemos.

Conti, NA. (2006) "Trastorno Bipolar: desarrollo histórico y conceptual", en *Trastornos Bipolares*, Akiskal, Cetkovich-Bakmas, García Boneto, Strejilevich y Vázquez (comp.), Buenos Aires, Ed. Panamericana.

Conti NA. (1996) Jean Pierre Falret, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VII, Nro. 25.

Huertas, R., (2005) El siglo de la Clínica, Madrid, Ed. Frenia.

Huertas, R., (1999) Nosografía y Antinosografía en la Psiquiatría del Siglo XIX: en torno a la psicosis única, en *Revista Asociación Neuropsiquiátrica*, Vol. XIX, Nro. 69, pp. 63-76.

Huertas, R, Del Cura M, (2004) Chiarugi vs Pinel, la carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont, Frenia, Vol. IV, 2.

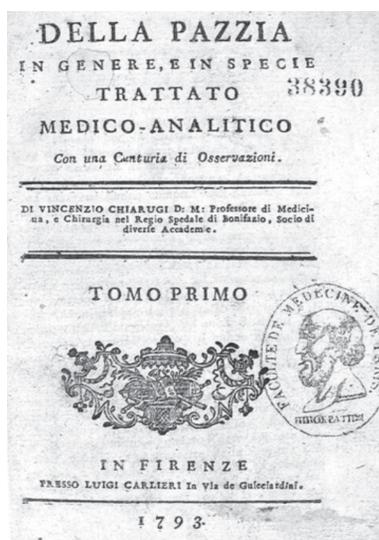
Postel J, y Quetel C, (2000) Nueva Historia de la Psiquiatría, Madrid, FCE.

Stagnaro, JC., (2014) Estudio Preliminar, en Chiarugi, V., La Locura, sus géneros y especies. Tratado médico-analítico con cien observaciones, Buenos Aires, Ed. Polemos.

Vincenzo Chiarugi

La locura, sus géneros y especies

1793



15. A veces ocurre que, por medio del *Pensamiento*, las *Ideas* provenientes de causas internas son referidas a causas externas, y se unen o se separan, y las cogniciones propias son aprehendidas impropriadamente en contra del sentido común. En consecuencia, los movimientos y las acciones posteriores son efecto de una voluntad mal regulada y de un juicio erróneo, por lo que se pervierten los hábitos y el Alma se deja llevar por emociones insólitas. Este estado del Hombre, o sea, esta alteración del juicio, y en consecuencia del raciocinio, es lo que se llama *Delirio*, un estado que muestra cómo puede ser llevada la naturaleza humana al extremo más humillante, y nos da la oportunidad de conocer lo imbéciles que somos. Basta verificar esta miserable situación de la humanidad para considerar que cuanto más las acciones del Hombre están bien dispuestas, y son agudas, perfectas, regulares y coordinadas, mucho más se destaca y se eleva un individuo entre sus pares, porque se vuelve más rico en sabiduría e ingenio; por el contrario, se envilece, y se aproxima o, incluso, puede llegar a ser inferior a la naturaleza de las bestias, cuando el ejercicio de estas acciones se muestra más incierto, lento, desordenado e incoherente.

16. Visto en qué consiste el *Delirio*, se debe advertir que este vocablo, tomado en toda su extensión, merece muchas distinciones y comprende muchas diferencias, especialmente relacionadas con la ubicación y la naturaleza de la causa y el mecanismo de los síntomas que lo acompañan.

17. Las *Locuras* son una serie de enfermedades pertenecientes a la clase de los *Delirios*, como lo he explicado antes; y el carácter principal de las alteraciones de las funciones intelectuales que merecen este nombre consiste en los errores del Juicio y del Raciocinio.

...

23. Por lo tanto, en el Cerebro radica un lugar de encuentro de estos orígenes nerviosos, donde el Alma está probablemente presente, más que en las otras partes del Sistema Nervioso, y en la que debe razonablemente suponerse que se encuentra la sede de la comunicación de los movimientos nerviosos. Este lugar es precisamente ese órgano, del que hablé anteriormente, y al que se le ha dado el nombre de *Sensorio Común*.

24. Pero si bien la existencia de este *Sensorio*, con el que todas las demás partes tienen una relación común, es indudable, hay bastantes dudas acerca del lugar preciso del Cerebro en el que reside. Luego de los experimentos de *Wepfer*, y de otros, que han comprobado que la Sustancia Cortical carece de ese sentido, al contrario de la Medular, que está abastecida exquisitamente por él, me parece que se debe aceptar la opinión de *Boerhaave*, y *Haller*, aceptada por todos los autores modernos, de que el *Sensorio Común* reside donde termina la Sustancia Cortical y principia la Medular. Allí es donde parece ser que el Alma tiene la relación más inmediata con el Cuerpo, y donde ella desarrolla y hace actuar sus facultades, como una Reina en su propio palacio.

...

48. Todo individuo que sea declarado Loco debe hallarse en alguno de estos tres estados:

I) Con una forma de raciocinio erróneo parcial, dependiente de un falso principio puesto y, al mismo tiempo, adoptado como base del juicio, que actúa como un centro al que tienden todos los discursos correctamente conducidos y procedentes en sí, pero erróneos, porque dicho principio, del cual provienen, no se corresponde con la verdad. El resto de las acciones y los razonamientos que no se relacionan con este principio corresponden a las nociones de la razón normal y a los testimonios de los sentidos.

II) Con una desconexión general de ideas con respecto al presente, el pasado y el futuro, y sin distinción de las relaciones; acompañada por una rápida transición que va de una serie de pensamientos a otra, absolutamente ajena, una excitación y audacia inusuales, y por el impulso y la violencia en todos los juicios, que lo llevan a tener un lenguaje y un comportamiento muy coléricos y furiosos.

III) Con una irregularidad o imperfección general, o casi general, en las operaciones del intelecto y de la voluntad. Usualmente sin emociones precisas, ya sean de tristeza o de cólera, y con debilitamiento e imbecilidad en todas sus acciones.

49. En función de estos caracteres individuales se reúnen todas las Locuras bajo tres aspectos esencialmente distintos en forma y grado, a los que se puede dar los nombres de: MELANCOLÍA, a las que pertenecen al primer estado; y MANÍA y AMENCIA a las dos últimas. Fijando entonces, a partir de ahora, las definiciones más rigurosas e inequívocas, la singularidad o multiplicidad de falsos principios y el acompañamiento o ausencia de furor y de audacia en las acciones, sirve para fundamentar y decir que:

La Melancolía es una Locura parcial limitada siempre a uno o unos pocos temas relacionados entre sí.

La Manía es una Locura general acompañada de la audacia y del furor en las acciones voluntarias.

La Amencia es una Locura general o casi general, con alteraciones en las capacidades intelectuales y volitivas, pero habitualmente sin emociones.

50. Sin embargo, los síntomas de estos tres tipos de Locura a menudo se mezclan, se suceden y se reproducen recíprocamente. De este modo, usualmente no pueden ser aislados individualmente con exquisitez y precisión en un individuo. Esto quizás podría hacernos creer que, originalmente, no difiere un Género de otro, sino que cada uno constituye más bien una presentación diferente de un fenómeno común a todos ellos.

...

53. Mientras tanto, estoy persuadido por ahora, o al menos convencido por la propia observación, de que, generalmente, los diferentes tipos de Locura se suceden con un cierto orden. Puedo asegurar que he visto, en la mayoría de los casos, que cada grado de Locura principia con la *Melancolía*, la que fácilmente pasa a la *Manía*;

al finalizar una, la otra se reproduce, y finalmente de estas dos fuentes se origina la *Amencia*. De hecho, parece indudable que el antes mencionado filósofo Marsilio Ficino, al notar este pasaje gradual, dijo que el humor melancólico al encenderse y quemarse produce el furor y que al extinguirse, queda solo ceniza, la que hace que los hombres sean necios y estúpidos.

...

55. En esencia, la existencia de esta gradación sucesiva en la mayoría de los casos me parece, sin temor a equivocarme, que es un criterio muy valioso para hacer más natural la división de las *Locuras* en los mencionados tres Géneros; y no creo que la existencia de algunas excepciones posibles, en apariencia, pueda refutarlo.

...

397. Creo que la esencia de la Melancolía radica, precisamente, en esta convicción o persuasión del Alma. En esencia, la mente divaga sobre objetos reales y verdaderos, pero razona sobre ellos en una forma anormal. Una vez que las pasiones son llevadas al exceso, más allá de que correspondan a la realidad de un objeto, constituyen una verdadera Locura, y debe considerarse absolutamente delirante quien, en una ocasión pasajera de tristeza, de temor, de alegría o de ira, aproveche de forma permanente para, más allá de la importancia del objeto, entristecerse, intimidarse, regocijarse o enojarse. Por lo tanto, debe concluirse que no solo la absoluta falsedad del objeto, sino también el error acerca de las circunstancias que lo conciernen, es lo que constituye la Melancolía.

398. Por lo tanto, el hombre, situado en esta convicción, sensible a aquellas pasiones que se despiertan en él por los objetos de su Delirio, se ve ubicado en tres estados diferentes relacionados con sus propias pasiones. O bien son pasiones tristes y los individuos que constituyen su sujeto se ven oprimidos por la tristeza y el temor, o bien se sienten estimulados o capaces de atemperarse entre sí, en cuyo caso sienten alegría o tranquilidad; o bien, finalmente, son mixtas, particularmente pertenecientes al odio, y es aquí donde aparecen las acciones de ira y de audacia desmedida.

399. En vista de las situaciones evidentemente distintas de los individuos que pueden llamarse Melancólicos, creo que las enfermedades que competen en general a la Melancolía pueden sufrir una análoga división natural en tres Especies.

400. I. Considerando que las características pertenecientes al primer estado son las mismas bajo las cuales ha sido considerada la Melancolía desde los tiempos más remotos por el propio Hipócrates, y que son las mismas a las que el vulgo ha asociado la idea de este vocablo, llamaré Melancolías Verdaderas a todas aquellas acompañadas por la tristeza y el miedo.

401. II. Siendo que el estado sereno o tranquilo de ánimo constituye una situación muy distante, de hecho contraria a la anterior, e incluso poco consonante con el significado vulgar del nombre genérico, al que deben referirse, he dado el nombre de Melancolías Espurias a todas aquellas *acompañadas por la alegría o la tranquilidad*.

402. III. Por último, al no poder dar el título de Manías a aquellos Delirios pertenecientes al tercer estado, porque se ciernen sobre uno solo o unos pocos objetos similares, y que, en realidad, pueden llamarse parciales; he tenido, por lo tanto, que colocarlos entre las Melancolías, y he llamado Melancolías Furiosas a todas aquellas *acompañadas por una audacia y una furia parcial*.

...

404. De hecho, analizando el origen de estos nombres genéricos y específicos, se observará que algunos fueron tomados de su origen particular, o de la naturaleza de la pasión predominante; otros, de ciertos síntomas y de ciertos accidentes que acompañan el delirio Melancólico; otros, del ligero grado de diferencia, de intensidad o de circunstancias, aunque sean conniventes en la sustancia. Pero en cada uno de estos casos, la mente está fija en un solo objeto, o en varios relacionados, delirando respecto de los mismos en las formas mencionadas anteriormente y, por lo tanto, coincidiendo todos en el carácter principal.

...

540. El vocablo latino y toscano *Manía*, que expresa una *Insania furiosa*, parece derivarse de la voz griega *μανια*, proveniente de *μανομαι*, que en latín significa *Furere* o *Insanire*.

541. De hecho, el Maníaco puede parecerse al tigre, al león y, en definitiva, a las bestias más feroces, convirtiéndose casi en una nueva máquina animal; y también se puede decir que la *Manía* es el estado opuesto a la *Melancolía Verdadera*.

542. Pero además de la Furia, se entiende comúnmente que la *Manía* se caracteriza por una desorganización del discurso y por una gran alteración en las acciones, no habiendo orden en la confrontación de las ideas ni buen sentido en la forma de los juicios, acompañadas siempre de una inusual audacia.

543. Por todo esto, parece necesario decir que la *Manía* es una *Locura universal acompañada de furia y audacia en las operaciones de la voluntad*: definición fijada desde un principio y comúnmente aceptada sin malentendidos.

...

554. Considerando que las causas de la *Manía* se reducen a cinco clases:

- 1) las que actúan sobre el cuerpo por medio del Alma;
- 2) las que debilitan la energía de la potencia nerviosa; 3)

las que alteran el sistema nervioso a través de la plétora sanguínea; 4) las que alteran directamente el Sensorio Común, tales como el depósito de materias morbosas, y 5) las que lo alteran consensualmente.

Y considerando también que las enfermedades provenientes de cada una de estas causas tienen signos propios y característicos, y requieren un cuidado especial y relativo, me parece razonable considerar las *Manías* bajo estos cinco aspectos y denominarlas:

I. *Manía Mental*: la que se produce por la acción inmediata del Alma.

II. *Manía Reactiva*: la que surge del debilitamiento de la actividad de la potencia nerviosa.

III. *Manía Pletórica*: la que es producida por la plétora de sangre en el sistema vascular.

IV. *Manía Inmediata*: la ocasionada por un estímulo actual, que produce inmediatamente en el Cerebro el depósito de materias morbosas.

V. *Manía Consensual*: la que es originada por la afeción de cualquier parte del organismo que tenga relación nerviosa con el Sensorio Común.

555. A continuación describiré sólo estas cinco Especies de *Manía* porque, en mi opinión, se resumen en ellas todas las Especies que fueron incluidas en la *Manía* por los Metódicos. Al mismo tiempo, como veremos a continuación, esta división servirá para unir bajo ciertas clases las causas ocasionales.

...

572. Pasaremos ahora a examinar los signos que caracterizan en particular cada Especie de *Manía*. Solamente combinando una observación diligente sobre el estado actual con conocimiento adecuado de las circunstancias que precedieron la *Manía* seremos capaces de decidir con certeza sobre la verdadera Especie de enfermedad presente.

573. Pero como no siempre es posible tener tantas informaciones preliminares como para formar una base sobre la cual razonar, será necesario tener en cuenta solamente los signos particulares, con el fin de establecer una probabilidad conjetural suficiente, con la que generalmente es necesario que se contenten los médicos sinceros y de mente abierta.

574. Cuando la *Manía* es precedida inmediatamente por una pasión del ánimo violenta, o por *Melancolía*, sin otras causas evidentes, se deberá pensar que es una *Manía Mental*. Ésta será confirmada si por el discurso sostenido por el delirante se puede deducir que persiste aún la pasión productora, o que subsista al menos en la memoria la idea de esa misma pasión, mientras que el pulso es pequeño y frecuente; la orina, abundante y clara; la respiración, lenta y suspirosa y el aspecto, ensimismado y pensativo.

575. El pulso débil, frecuente, bajo y a veces desigual, acompañado de temblores y convulsiones, el rostro sucio, los ojos casi velados y languideciendo, y una fiebre secundaria, con sudor helado en la superficie del cuerpo

y frío en las extremidades (además del conocimiento de las respectivas causas antecedentes), son los signos seguros de ese tipo de *Manía* que yo llamo *Reactiva*. No debe sembrar dudas el aumento de la fuerza muscular, que a veces es muy grande, ya que, siendo simplemente un efecto de una reacción nerviosa, pronto se debilita y se produce una languidez extrema.

576. En cambio, el pulso amplio y bastante lento en un cuerpo robusto y sanguíneo, la cara roja, los ojos brillantes y ardientes, la superficie del cuerpo muy caliente, la orina poco abundante y otros síntomas similares caracterizan la *Manía Pletórica*, especialmente si ella fue precedida por una larga insolación, o la supresión de las menstruaciones o de las hemorroides, y si ocurren exacerbaciones cuando se dificultan esas descargas sanguíneas.

577. Por su lado, es difícil reconocer los signos propios de la *Manía Inmediata*, porque esa Especie casi carece de ellos. Sin embargo, es fácil diagnosticarla por los antecedentes, ya que las circunstancias que actúan como causas ocasionales son muy evidentes. De hecho, luego de la repulsión natural o violenta de una enfermedad cutánea, de una fiebre sinocal finalizada sin crisis aparente, al desaparecer fuera de tiempo la leche de las mamas o la materia supurante de un tumor, luego de una fuerte conmoción cerebral u de otros fenómenos similares, no se puede dudar, si aparece la *Manía*, que se trata de una *Manía Inmediata*. Pero si no contamos con ningún antecedente, y como esta Especie oculta a menudo la *Manía Reactiva* o la *Pletórica*, no será difícil equivocarse su diagnóstico, y sólo se podrá sospechar de su existencia cuando la cura adaptada respectivamente a las dos supuestas Especies mencionadas se vea totalmente frustrada.

578. Finalmente, será superfluo hablar de los signos particulares de la *Manía Consensual*, ya que son muy evidentes los signos de las afecciones locales que, generando el daño del Cerebro, producen la *Manía*. Por eso, aun desconociendo los antecedentes, no será difícil el buen diagnóstico de esta Especie cuando, después de haber verificado la ausencia de cualquier otra causa, tenemos la seguridad de la presencia de las afecciones que la producen.

...

738. Creo que puedo considerar bajo el nombre de *Amencia* todas las *Locuras* que, además de tener un razonamiento defectuoso, presentan una cierta insensibilidad y desatención hacia todos los objetos, por lo cual los individuos afectados, advierten poco o nada lo que les ocurre y no son movidos por las pasiones que, en iguales circunstancias, conmueven a los hombres normales.

739. Aunque pueda ser considerado envidiable, un hombre privado de pasiones se asemeja mucho a los animales irracionales, que no experimentan otras emociones más que las que están determinadas por el apetito mecánico y material que los impulsa, o a huir de lo que consideran extraño a ellos. En consecuencia, un hombre que se deja llevar por su instinto, por el hábito, por el

apetito y no por la Razón, y que no muestra los efectos producidos en él por la potencia razonadora, o sea por la *Mente*, sufrirá una carencia de su condición humana; y por eso se le dará el nombre de *Amente*, o sea, sin *Mente*. Entiendo, entonces, como *Amencia*, las *Locuras generales*, o casi generales, con alteración de las funciones intelectuales y voluntarias; y habitualmente sin Emociones.

...

749. Por lo general, resulta casi imposible establecer los límites de estos grados de *Amencia*. Sin embargo, no es difícil distinguirlos cuando la actividad del Sensorio se manifiesta todavía con cierta claridad, o cuando su lesión es tan grande que empieza a mostrar los síntomas de la *Inercia*. Por eso llamaré con el nombre específico de *Activas* a las *Amencias* en las cuales la imperfección de las operaciones de la mente se acompaña de una cierta movilidad y sucesión de ideas, aunque sea defectuosa; y el nombre de *Defectivas* a aquellas en las que los actos de la voluntad son tardíos e indecisos y se acompañan de una correspondiente lentitud en las operaciones intelectuales.

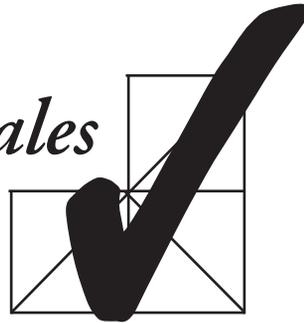
...

753. En las *Amencias Activas*, los individuos sienten a veces, sobre todo en un primer momento, las impresiones de los objetos exteriores, pero sin detenerse en la consideración de los mismos pasan confusamente a examinar uno y otro inoportunamente, operando con una gran ridiculez y perdiéndose muchas veces en las cosas más pequeñas y en las nimiedades y bagatelas que suelen entretener a los niños. Así y todo, no se detienen por mucho tiempo en ellas y a veces ni siquiera las registran; es más, en esto difieren de los niños, quienes aunque se asemejen a esta Especie de *Amencia* en sus acciones no lo son, porque a pesar de pasar por alto y no prestar atención a cosas más serias y graves, están siempre atentos y aprecian sus pasatiempos infantiles.

754. Por esas razones, bajo esta Especie incluyo la *Amencia de Sauvages*, la *Fatuidad*, la *Necedad* y la *Imbecilidad* de la mayor parte de los autores, dado que en la definición de estos nombres, reconozco los diferentes grados de *Amencia activa*, que no creo que deban ser separados en diferentes Especies.

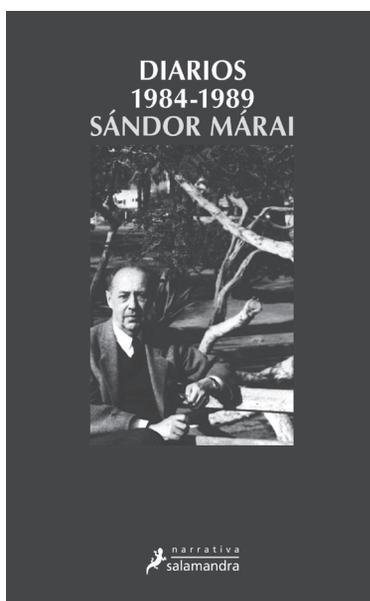
755. La segunda Especie de *Amencia*, a la que denomino *Defectiva*, está caracterizada por una cierta lentitud en las operaciones del intelecto, por lo cual sus movimientos son igualmente pausados y operados con una cierta distracción y torpeza. Estos infelices tienen una fisonomía obtusa, que, como dice Willis, "muestran en el rostro y en la manera de caminar". No reaccionan ante ningún objeto externo y por eso pasan por alto la sensibilidad y las necesidades de la vida, e igualmente indiferentes a la felicidad y a la desgracia, de nada huyen y nada buscan, reconocen poco y nada los objetos, no recuerdan el nombre de las cosas y, de hecho, presentan en mayor o menor grado esa *Inercia* total de la *Fantasia* a la que se denomina *Estupidez*. ■

Lecturas y señales



Sándor Márai Diarios 1984-1989

Daniel Matusevich



Autor: Sándor Márai
Salamandra, 2008

Una deuda largamente pendiente en esta sección era ocuparnos del gran Sándor Márai, el maravilloso cronista del ocaso centroeuropeo, que transmitió secretamente a partir de 1948 desde Estados Unidos, San Diego California, más precisamente, lugar que eligió para vivir su exilio.

Hemos decidido pagar esa deuda eligiendo uno de sus libros para comentar aquí; en este caso no una de las grandes novelas del autor, sino el último tomo de sus diarios, el que va desde 1984 hasta el 15 de enero de 1989, fecha en la que Márai, a los ochenta y nueve años, resolvió que pegarse un tiro en el paladar era la mejor opción para atravesar los duelos que se venían imponiendo a lo largo de su vejez (y de su vida).

Difícil elección que reseñar, entre el brillo de sus grandes novelas y el brillo del relato detallado de su vejez, sus enfermedades, sus obsesiones y su muerte por suicidio nos inclinamos por esta última opción, probablemente hipnotizados por el efecto que ejercen estos

temas desarrollados en modo Márai, ya que que alcanzan picos de poesía y emoción muy difíciles de igualar.

A Juan Forn no se le escapó la ironía que al mismo tiempo que Márai decidía suicidarse el editor Roberto Calasso tomaba la decisión de publicar (reeditar) en la editorial Adelphi las obras de un ignoto húngaro en los más importantes idiomas occidentales. Lo que sigue es bien conocido: *El último encuentro* (último es la palabra clave para comprender la cosmovisión de nuestro autor) se convirtió en el libro del año 2001 en Italia, España, Estados Unidos, Alemania, Francia e Inglaterra, con ventas de más de cien mil ejemplares en cada uno esos países y críticas que redefinieron para siempre la mirada sobre los mundos crepusculares, escrita por un húngaro en húngaro parecía que para nadie, pero gracias a Calasso para todos.

Para muestra basta un botón, aquí no hay suspenso, así que veamos la última entrada del diario de nuestro autor: "Estoy esperando el llamamiento a filas; no me doy prisa, pero tampoco quiero aplazar nada por culpa de mis dudas. Ha llegado la hora". Poco antes, a fines de agosto escribía lo siguiente: "Lola y Janos se han ido, al igual que mis amigos y compañeros de carrera. Estoy totalmente solo. Andar y ver me resulta cada vez más difícil: solo puedo leer un cuarto de hora, después veo borroso; no salgo más que para dar una vuelta delante de casa apoyándome en el bastón. Ya no leo libros nuevos. La memoria me falla: los recuerdos más lejanos son extraordinariamente vívidos; en cambio, a veces no consigo acordarme de qué ha pasado hace cinco minutos".

Aquellos interesados en el fenómeno del suicidio en la vejez no deberían dejar pasar la oportunidad de asombrarse con las precisas descripciones que el autor realiza acerca de cómo se va resquebrajando el narcisismo, como la gota que va horadando la piedra.: "No me siento especialmente inclinado a volver a escribir, soy como el viejo payaso que ensaya un nuevo número y aparenta ser joven. Sería más decente callarme para siempre, pero callarme es tan aburrido...".

La muerte por suicidio aparece casi como una decisión natural, o como dijimos en otro texto, un desesperado intento por no perder el control: "...agotamiento absoluto. Acabar un momento antes de que ya no haya manera de acabarlo por uno mismo, para no tener que aguantar la impotencia, la alimentación, todas las tortu-

ras y bajezas del *nursing home*, o la atención de las enfermeras en casa. No ha de estar lejos el momento en el que tenga que actuar".

Justo es reconocer que el suicidio rondaba la vida de Márai mucho antes de haber llegado a la edad proveya; en varios de sus textos aparece esta opción frente a diversas vicisitudes existenciales; tal es así que el personaje de *El milagro de San Gennaro* termina su vida arrojándose al vacío. El oprobio totalitario marcó a fuego toda una generación de autores centroeuropeos que decidieron suicidarse antes de enfrentar el signo de la historia, con Zweig, Roth y Mann como insignes abanderados: "Ya no solo han muerto mis familiares directos, mis compañeros de profesión y de estudios, sino mis enemigos también. Si volviera a Budapest no encontraría a nadie con quien enfadarme".

La lectura nos permite tomar nota del aislamiento en el que vivía nuestro autor, extranjero de todo y de todos; este fenómeno se ve incrementado por el fallecimiento de su esposa, Lola, suceso que desencadena los acontecimientos que ya estaban predestinados. Siempre permanece el aura y el recuerdo de ese ambiente perdido, aquel mundo europeo de los años de entreguerras, mezcla de cosmopolitismo y grandiosa decadencia burguesa, imposible de volver a alcanzar.

La fuerza y la emoción de las descripciones constituyen una gran introducción a ciertos modos de envejecimiento y de comprensión de la vida; hay en este relato mucha más semiología que en la mayoría de los textos de psiquiatría; es nuestra tarea docente provocar un encuentro (que no debería ser el último) entre estas páginas y nuestros alumnos, más abocados a una comprensión positivista de la especialidad que a dejarse atrapar por la fuerza de las narraciones que pueden cambiarnos la vida.

"Una fuerte taquicardia como jamás había sufrido me despierta de la siesta; me siento débil. La última vez el médico se rascaba la cabeza mientras observaba el electrocardiograma. El verso de Vorosmarty que dice 'la sangre se te hace densa, el cerebro se te agota' parece referirse precisamente a mi estado. No noto que se me 'agote el cerebro', tengo ideas y soy capaz de expresarlas, pero no siento el impulso de escribir: todo un síntoma". ■