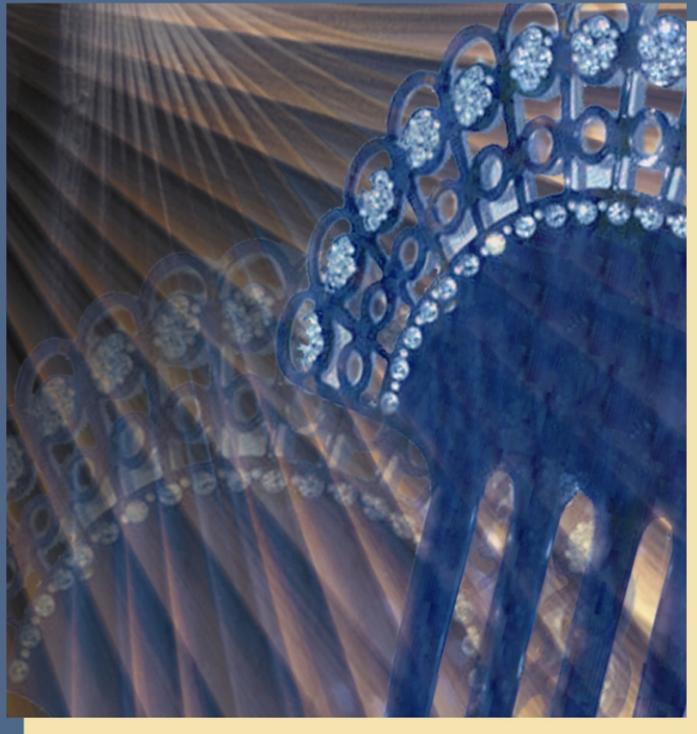




VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

89



PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA
E INTERNACIÓN COMPULSIVA

*Amendolaro / Bustin / Capece / Carlsson / Gagliesi / Ghioldi
Laufer Cabrera / Sobredo / Toro Martínez*

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

Volumen XXI - N° 89 Enero - Febrero 2010 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

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

Comité Editorial

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

Corresponsales

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

Corresponsales en el Exterior

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

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXI Nro. 89 ENERO-FEBRERO 2010

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

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

Diseño
 Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:
 CosmosPrint, Edmundo Fernández 155,
 Avellaneda, Buenos Aires

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), SCIELO y
MEDLINE.

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

Ilustración de tapa

*Composición fotográfica digital
"Abanicos y peinetas"*

Florencia Trobbiani

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• La televisión como agente de socialización.

Influencia de la televisión en la construcción de la subjetividad en niños y adolescentes

Sara Amores, Patricia Bezares,
Javier Pérez de Eulate, Lila Vivo, Alicia Cuomo
Alicia Patiño, María A. Colangelo, Marisa Gaggiotti
Graciela Steiner, Silvia Acuña

pág. 5

• Usos y abusos de fármacos en pacientes con deterioro cognitivo

Galeno Rojas, Cecilia Serrano, Carol Dillon,
Leonardo Bartoloni, Mónica Iturry,
Ricardo F. Allegri

pág. 18

DOSSIER

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA E INTERNACIÓN COMPULSIVA

• La internación en el paciente adicto

José Capece

pág. 27

• Validez de los criterios de internación en conductas suicidas: por qué, cuándo, cómo

Gustavo Federico Carlsson

pág. 35

• Un protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica

Pablo Gagliesi

pág. 42

• La perspectiva de Derechos Humanos, un instrumento para abordar situaciones clínicas complejas

Laura Dolores Sobredo, Roxana Amendolaro,
Mariano Laufer Cabrera

pág. 49

• La Ley del Reino

Julián Bustin

pág. 55

• Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación

basada en la peligrosidad para sí o terceros

Leonardo Ghioldi, Esteban Toro Martínez

pág. 63

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• Eugen Bleuler y los inicios de la psicopatología psicodinámica

Norberto Aldo Conti

pág. 70

• Afectividad, sugestionabilidad, paranoia

Eugen Bleuler

pág. 72

CONFRONTACIONES

• 162º Congreso Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). "Dando forma a nuestro futuro: ciencia y servicio"

Pablo M. Gabay

pág. 78

EDITORIAL

R

ecientemente el diario La Nación (23 de enero de 2010) publicó un editorial en el que, con el título "El alcoholismo amenaza a los jóvenes", informa los resultados obtenidos por la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) sobre el consumo de alcohol de nuestros jóvenes con. El matutino informa también que esos datos se confirman con otros, suministrados por autoridades sanitarias de la provin-

cia de Buenos Aires -en particular la afluencia de chicos en estado de ebriedad a las guardias de hospitales- y por Alcohólicos Anónimos, organización que recibía tradicionalmente consultas de adultos y que, actualmente, dice registrar un tercio de ellas de casos juveniles. Por su parte, diversos programas de televisión hicieron este verano, entrevistas a grupos de jóvenes en ciudades de la costa atlántica mostrando el fenómeno. Los chicos comentaban en cámara, desembozadamente y entre risas y actitudes desafiantes, cómo empezaban la ingesta temprano en las playas para entonarse (la "previa" de la "previa) a fin de estar en condiciones para el "descontrol" de la noche en las calles y boliches.

Sin duda que esas cifras resultan alarmantes por las consecuencias que tienen sobre la salud de nuestros adolescentes, por partes iguales varones y mujeres, que empiezan el consumo, frecuentemente abusivo, a edades cada vez más tempranas. Este hábito incrementa sus efectos indeseables al predisponer a los accidentes viales y a la práctica de sexo sin protección, fuente de embarazos tempranos no planificados y transmisión de enfermedades infecciosas.

Numerosas veces hemos comentado y alertado en estas páginas sobre este problema y sobre las cifras de alcoholismo en nuestro país insistiendo en la necesidad de tomar medidas urgentes en el ámbito sanitario. Pero también llamando a la reflexión sobre las causas del alcoholismo. Es en relación a este segundo aspecto que creemos que se debe poner también, y en grado sumo, el acento como para encarar adecuadamente las tareas de prevención.

En su editorial La Nación reduce el origen del problema del alcoholismo juvenil a "las presiones sociales de sus grupos de pertenencia", en "condiciones ambientales (por ejemplo, festivas) que estimulan una flexibilización de costumbres y la perspectiva de enfrentar situaciones para las cuales el adolescente carece de experiencia". "Entonces en vez de buscar la adaptación por vías normales, acude a la química del alcohol". El editorialista concluye con un remedio para el problema "...acciones eficaces a partir de la familia, ya que a los padres les concierne... la responsabilidad de velar por sus hijos". En suma, y la opinión del diario no es ni ingenua ni aislada en nuestra sociedad en la que se foguean las virtudes de la sociedad de consumo y el ideal individualista: hay que responsabilizar a los padres "privatizando" así la responsabilidad del consumo. Nada se dice de las presiones que sufrió el Ministerio de Salud por parte de las compañías cerveceras cuando se reglamentó recientemente la Ley de alcohol para que no se restringiera la propaganda televisiva de sus productos, nada dice el editorialista de lo que se debe entender por "adaptación por vías normales". A nosotros se nos ocurre que podría referirse a condiciones sociales y políticas efectivas para asegurar la participación de los jóvenes en la vida nacional: garantía de inclusión escolar, programas formativos adaptados a sus intereses concretos, salida laboral asegurada, protección ante la descarada publicidad incitante al consumo de alcohol, fijación de normas para el funcionamiento de maxiquioscos y boliches que se cumplan efectivamente y tantas otras cosas que están al alcance de la comunidad, entendiendo a esta como la sociedad en su conjunto y no solo la familia, como lo pretende La Nación ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

MÉTODO DE ARBITRAJE

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2010

Vertex 89 / Enero - Febrero
**PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA E
INTERNACIÓN COMPULSIVA**

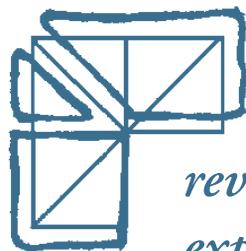
Vertex 90 / Marzo - Abril
DISCAPACIDAD EN PSIQUIATRÍA

Vertex 91 / Mayo - Junio
**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

Vertex 92 / Julio - Agosto
PSICOGERIATRÍA

Vertex 93 / Septiembre - Octubre
**ACTUALIZACIONES EN
ESQUIZOFRENIA**

Vertex 94 / Noviembre - Diciembre
**MEDICINA BASADA EN LA
EVIDENCIA APLICADA A LA
PSIQUIATRÍA**



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*

La televisión como agente de socialización. Influencia de la televisión en la construcción de la subjetividad en niños y adolescentes

Sara Amores*
Patricia Bezares*, Javier Pérez de Eulate*, Lila Vivo*,
Alicia Cuomo**, Alicia Patiño**, María Adelaida Colangelo***,
Marisa Gaggiotti****, Graciela Steiner*****

Grupo de Trabajo en Familia y Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría (Filial La Plata)

Silvia Acuña*****

Servicio de Docencia e Investigación, Hospital San Roque de Gonnet

* Médicos

** Psicólogos

*** Antropóloga

**** Profesora

***** Psicomotricista

***** Bioestadística

Resumen

En el proceso de socialización del ser humano interviene la familia, principal agente en los primeros años y también, entre otros, los pares, la escuela y los medios de comunicación, destacándose entre ellos, la TV. El objetivo de nuestra investigación fue analizar la influencia de la televisión en la construcción de la subjetividad del niño/adolescente. Intentamos evitar la antinomia esterilizante: La TV es buena o mala. Muestra: 587 niños/adolescentes de 5^{to} a 9^o (EGB) Se incluyeron padres y docentes, para comparar las respuestas. Material y método: Fichas semiestructuradas (totalidad de la muestra). Años 2004-05.

Palabras Clave: Niños/adolescentes – Subjetividad - Televisión.

TELEVISION AS AGENT OF SOCIALIZATION. INFLUENCE OF TELEVISION ON THE CONSTRUCTION OF SUBJECTIVITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Summary

In the human process of socialization the family (main agent in the first years) takes part together with friends, school and mass media, specially T.V, among others. The aim of our research is to analyze television's influence upon the construction of subjectivity in the child and adolescent. We intend avoid the sterilizing antinomy: TV is either good or bad. Sample: 587 children and adolescents from 5th to 9th grade (EGB). Parents and teachers were included to compare answers. Material and Method: Semi-structured questionnaires. Years 2004-2005.

Key words: Children/adolescents – Subjectivity - Television.

Introducción

El estado de indefensión con que nace el ser humano hace necesaria la intervención de otro ser humano para que se constituya como sujeto y como ser social. En este proceso de socialización intervienen no sólo la familia, principal agente de socialización en los primeros años, sino también los pares, la escuela y los medios de comunicación. Destacamos dentro de éstos últimos a la televisión, de fácil acceso para niños y adolescentes.

Como profesionales en contacto con niños, adolescentes y familias, observamos la importancia cada vez mayor que los medios de comunicación, especialmente la televisión, ejercen en la vida de los niños. Sus juegos, gustos, elecciones, modas, temas de conversación e intercambios verbales, muestran la impronta televisiva. Fenómeno observado también por docentes y cuidadores.

Interesados en la salud integral del niño nos preocuparon estas cuestiones y, en relación con esto, la casi "desaparición" o "encubrimiento" del llamado "horario de protección al menor".

Pensamos que el sujeto se constituye en el vínculo, por el vínculo y para el vínculo. Es decir en el lugar del vínculo, con el otro vinculado y para continuar vinculándose. Primero con la madre y con los otros significativos familiares y luego con los extra-familiares en un espacio-tiempo sostenido por el tejido sociocultural. Produciéndose un anudamiento sujeto-vínculo-cultura. Es decir que la situación sociohistórica influye en la concepción y el modo en que se es Niño.

El momento sociohistórico que transitamos está ligado a la aparición de los medios masivos de comunicación. Desde allí se dictan modelos de cómo ser, qué elegir, qué consumir, qué vestir, etc. para ser aceptados.

Se dictan también criterios de realidad: "Lo que no está en la tele no existe. Si no estás en la imagen no existís".

Autores como Lipovetsky (10) y Lyotard (11) caracterizan a esta época como Posmoderna, con tendencia a la fragmentación y a la ruptura de los lazos sociales. Sus modelos podrían sintetizarse como promoción del individualismo, con poco espacio para la solidaridad y con valores ligados al consumo, ya sea de bienes o de imágenes.

Asimismo se promueve la tendencia a actuar más que a pensar, otorgando un lugar especial al ocio, al tiempo libre, al erotismo, al sexo, a la seducción. Se propicia además el culto al cuerpo joven y delgado como ideal de belleza.

Pero, paradójicamente, asistimos a la creación de lazos solidarios inéditos y también a dar lugar a grupos que funcionaban "marginalmente" por pertenecer a minorías étnicas, religiosas, sexuales y a otras minorías como los discapacitados y los enfermos mentales, por citar algunas dentro del campo de la salud.

Es en este marco que nos preguntamos: si consideramos que la televisión es uno de los agentes socializadores, ¿cuál es su influencia en la construcción subjetiva?

¿Influye en la asunción de modelos identificatorios?

¿En la adquisición de roles de género? ¿En propiciar modelos de respuestas tanto individualistas como solidarias?

Antecedentes

Numerosos artículos periodísticos advierten, a partir de los datos de investigaciones científicas, acerca de los riesgos del exceso de mirar TV.

Entre esas investigaciones, algunas revelan la cantidad de horas que pasa un niño frente a la TV. (21) Para dar cuenta de este fenómeno, se han acuñado los términos "sobredosis de TV" y "chupete electrónico".

La UNESCO (19) realizó un estudio en veinticinco países, incluida la Argentina, en donde se determinó que:

- un niño permanece entre tres y cuatro horas diarias frente a la TV;
- cada sesenta minutos de programación ve entre cinco y diez escenas de violencia;
- el 51% de los chicos que vieron *Terminator* por TV dijeron querer imitarlo;
- lo que más ven son películas, seguidas de telenovelas y programas deportivos o series de acción;
- el 26% toma como modelos a los héroes de TV;
- el 44% dice que lo que ve por la TV coincide con la realidad;
- el 6% dice vivir en un ambiente violento.

En el *Estudio Global de la Violencia en los Medios* de la UNESCO (20) se afirma que la tendencia de los espectadores menores es similar a lo largo de veintitrés naciones diferentes en cuyas áreas urbanas el 93% de los niños que concurren al colegio gastan más del 50% de su tiempo libre en ver TV. En EE. UU. se constató que, de los programas infantiles, el 61%, presentaban entre veinte y veinticinco actos violentos por cada hora de programa y sólo el 4%, presentaba temática antiviolencia. Los dibujos animados y los programas de ciencia ficción, junto con los programas que mezclan violencia y erotismo, son los que mas efecto ejercen sobre los chicos.

La producción académica sobre el tema proviene de diferentes disciplinas.

Un conjunto de estudios, como el realizado por *The Lancet* (18) se centra en la relación entre la TV violenta y el comportamiento de niños y jóvenes. A partir de la comparación de los patrones de comportamiento de ochenta y dos delincuentes menores de edad y cuarenta menores sin antecedentes en Gran Bretaña, se encontró que los primeros veían TV por mucho más tiempo y que a diferencia de los segundos, acusaban sentir mayor predilección e identificación con los personajes de las películas o series con alto contenido de violencia. En esta línea de análisis, otro estudio realizado en EE. UU. investigó sobre las preferencias en cuanto a programas televisivos de un grupo de menores de entre 6 y 10 años. Después de quince años se analizaron los niveles de agresividad de los miembros del grupo y se estableció que quienes tuvieron más exposición a la violencia, transmitida por TV, en su niñez, desarrollaron de grandes un

mayor grado de insensibilidad y temeridad y una mayor tendencia a la agresividad.

Desde la *pediatría*, Puga (14) señala que el mundo actual está y seguirá signado por la revolución que originaron los medios de comunicación social. La TV es el gran medio cultural de la segunda mitad del siglo XX. Es una realidad que entra en el hogar, pero una realidad elaborada sobre la base de muchas otras.

Desde la *semiótica*, Corea (6) analiza el modo en que, el lugar de consumidor y de espectador de los medios masivos de comunicación que ocupa actualmente el niño, pone en cuestión las fronteras que la modernidad estableció entre los mundos adulto e infantil. Esta autora diferencia el *discurso massmediático* (DMM) de la noción de *mensaje* con que las *teorías de la comunicación* tratan la circulación masiva de la información. Para el DMM la idea de distintos mensajes que se producen y circulan a través de diferentes medios masivos es improcedente, se apela a la homogeneidad de sentido. La teoría de la comunicación, en cambio, abre la diversidad de sentidos. Esto marca una diferencia entre la teoría del discurso massmediático y la teoría de la comunicación.

Desde la *teoría de la comunicación*, Mc Luhan (13) plantea que el medio es el mensaje y, como señala Corea, puede afirmarse que hoy más que nunca el mensaje está volviéndose imposible de descifrar. Que el medio sea el mensaje quiere decir que existe una estructura formal que impone una lógica de pensamiento y de estructuración particular a las representaciones psíquicas, moldeando las formas de percepción y recepción de estímulos.

Por ejemplo, los flashes televisivos, desconectados entre sí, no permiten fijar la atención en sus contenidos fragmentarios. A diferencia del flash televisivo, el mensaje central del libro es un relato, tiene una secuencia.

Otros análisis se centran en la relación entre el espectador y la lógica del mensaje televisivo (estructura no lineal, fragmentación, inmediatez). Algunos autores proponen, por esto, considerar a nuestra época como la Era del Homo Zapping, Mayer (12). Otros, acentuando el carácter de pasividad de televidente, alertan sobre el aislamiento que supone tantas horas de ser espectador.

Objetivos

Decidimos realizar esta investigación no sólo con niños y adolescentes sino incluir también a *padres y docentes*, con el objetivo de comparar las respuestas *adultos/niños*.

Con excepción de algunas observaciones efectuadas por Corea (2004), no hemos encontrado, en nuestro país, estudios que tomen al protagonista *niño-adolescente como sujeto de investigación*.

Queremos evitar lo valorativo para dar paso a la reflexión. Salir de la antinomia esterilizante: La TV es negativa o positiva, buena o mala. En cambio tomamos en cuenta el rol de la TV como vehículo privilegiado de transmisión.

Los objetivos propuestos son:

Analizar la influencia de la televisión en la construc-

ción de la subjetividad del niño/adolescente, a través de:

- Evaluar el lugar de la TV en la administración del tiempo de niños y adolescentes. No sólo en relación a las diferentes actividades realizadas en el tiempo "libre cotidiano", sino también en el fin de semana.

- Averiguar preferencias y tipos de programas elegidos según las edades evolutivas (grupo etario y escolar)

- Analizar los modelos identificatorios con relación a los personajes de la TV y la diferencia de género, si la hubiere.

- Detectar actitudes solidarias en los niños y las características de las mismas con relación a las respuestas dadas.

- Conocer el lugar que ocupa la lectura en la organización cotidiana del niño/adolescente.

- Indagar acerca de la relación familiar en torno a la TV.

Marco teórico

Desarrollos teóricos efectuados desde la psicología dan cuenta del modo en que puede entenderse la producción de subjetividad.

Acordamos con la diferencia que hace Bleichmar (5) entre condiciones de producción de subjetividad y de constitución psíquica:

La *constitución psíquica* está dada por variables cuya permanencia trasciende ciertos modelos sociales e históricos.

La *producción de subjetividad* incluye todos aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en términos de producción y reproducción ideológica y de articulación con las variables sociales que lo inscriben en un tiempo y espacio particulares desde el punto de vista de la historia política.

Entendemos la subjetividad como abierta a los vínculos familiares y a los sociales de cada momento socioeconómico e histórico. Cada época define cuestiones con relación a la actualidad, a los modos de relación con uno mismo y con los demás, al amor y al odio, a la sexualidad, al cuerpo, a la pareja, a la familia, al niño y al adolescente, a los modos de crianza, a la salud y la enfermedad, al tiempo libre, al discurso imperante, etc.

De lo expuesto se desprende que la subjetividad no es algo del orden natural e inmodificable a través del tiempo y desligada de lo imperante en cada sociedad; por el contrario, se va constituyendo activamente y en interrelación con la familia primero, a partir del vínculo madre-hijo y los otros significativos familiares y con otros grupos e instituciones que proponen los modelos socioculturales imperantes en cada momento.

Este proceso de articulación sujeto-vínculo-cultural se irá transformando, a su vez, a lo largo de toda la vida del sujeto con un matiz creativo singular, de esta manera no habrá un individuo igual a otro, asegurando así la existencia y continuidad de la especie humana y de las instituciones sociales.

Material y método

Muestra

Niños y adolescentes de 5^{to} a 9^o año (EGB) pertenecientes a escuelas públicas y privadas (religiosas y laicas) de La Plata y Gran La Plata.

Padres y docentes de los niños objeto de la investigación.

Instrumentos

Se utilizaron instrumentos, que nos permitieron una evaluación cuali y cuantitativa:

- Observación y discusión de programas infantojuveniles de la TV.

- Categorización de conductas para evaluar escenas de violencia en los programas televisivos.

- Lectura y búsqueda de información en internet, revistas y libros acerca de programas televisivos.

- Administración de Fichas semiestructuradas a niños y adolescentes en el ámbito escolar (para ser llenadas y devueltas en forma voluntaria y anónima)

- Administración de Fichas semiestructuradas a padres y docentes (para ser llenadas y devueltas en forma voluntaria y anónima).

Los datos fueron recogidos entre los años 2004 y 2005 y se procesaron bajo normativas de la OPS / OMS, en EPIINFO para datos y EPIDAT para resultados.

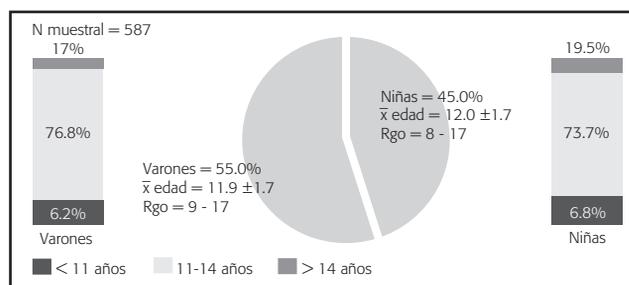
Todos los que participamos en la elaboración de esta investigación pertenecemos al Grupo Interdisciplinario de Trabajo en Familia y Pediatría de la Sociedad Argentina de Pediatría (Filial La Plata)

Resultados: evaluación y comentarios

I - Muestra

Está integrada por 587 niños/adolescentes de 5^{to} a 9^o año de EGB, distribuidos entre escuelas de los subsectores público y privado. Varones: 55%. Media global de edad = 11.9 años ± 1.7, dentro de un rango 8 - 17 años.

Figura 1. Muestra. Distribución según sexos y datos etarios

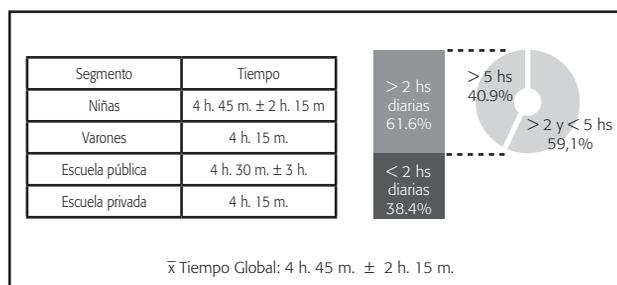


II- Tiempo que miran TV

II a) Encuesta a Niños-adolescentes

El 98.3% de los niños/adolescentes refirió mirar televisión.

Figura 2. Tiempo diario mirando TV, en horas. Distribución según segmentos.



Como se observa, no hay diferencias significativas en cuanto a género y a escuela privada o pública.

Nuestros resultados coinciden con los de estudios realizados por la UNESCO (19) en veinticinco países, incluida Argentina.

II b) Encuesta a Padres

Tabla 1. Respuesta de padres de niños/adolescentes encuestados

Respuestas de padres de Niños/adolescentes encuestados			
Tiempo diario de mirar TV	Padres Global	de Escuelas públicas	de Escuelas privadas
Ninguno	16,7%	11,1%	22,2%
Hasta 3 hs.	66,7%	55,6%	77,8%
De 3 a 5 hs.	11,1%	22,2%	0,0%
Sin respuesta	5,5%	11,1%	0,0%

Interesa señalar la *diferencia* entre las respuestas de los *niños/adolescentes* y sus *padres*. Mientras que la media global de horas diarias que dicen mirar los hijos es de 4 hs. 45 m., los padres, mayoritariamente, consignan un *máximo de 3 hs.* (hasta 3 hs.) Además el 22.2% de padres cuyos hijos concurren a escuelas privadas y el 11.1% de escuelas públicas contesta que sus hijos *no miran TV*.

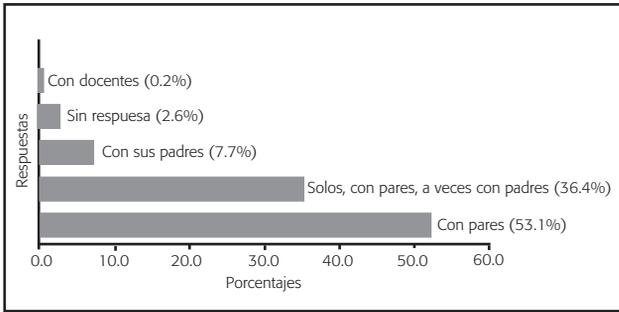
Esto podría hacernos pensar que el "ideal" parental es sustraer a sus hijos de la influencia "negativa" de la TV, apoyándose en los artículos de divulgación que así lo expresan, suponiendo que su prohibición es cumplida o ajustar los datos para responder a lo que suponen el *deber ser parental*.

No encontramos diferencias significativas de acuerdo al nivel socioeconómico y de instrucción de los padres.

III - Con quién/es los niños/adolescentes miran TV

III a) Niños-adolescentes

Figura 3. Con quienes miran TV los niños/adolescentes



III b) Padres

Nos interesa comparar las respuestas entre niños y padres.

Los niños señalan que sólo el 7.9% de los programas son vistos en *compañía de adultos*. Los padres consideran que 94.5% de programas son vistos *en familia*, en momentos en que están con sus hijos.

En la mayoría de los hogares hay dos televisores (55,5%) y, por lo menos tres (16,7%); preferentemente ubicados en el comedor y dormitorio (22,2%), living y dormitorios (22,2%) y living, comedor y dormitorio (16,7%).

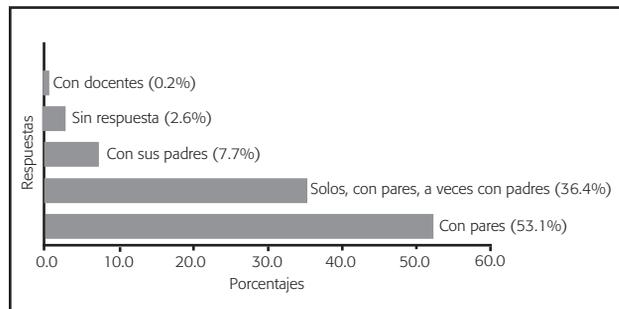
Lo que permitiría pensar que las “comidas en familia” son acompañadas con programas televisivos.

Tabla 2. Número de televisores en el hogar.

n televisores en el hogar	Esc. priv. (%)	Esc. públ. (%)	Muestra (%)
Uno	33,3	22,2	27,8
Dos	44,4	66,6	55,5
Por lo menos tres	22,2	11,1	16,7

IV- Con quién/es “charlan” sobre los programas de TV

Figura 4. Con quienes charlan sobre TV los niños/adolescentes.



La mayoría de los niños/adolescentes conversa sobre TV *sólo con sus pares* (50,1%). Queremos destacar la importancia de la participación de los docentes en

los comentarios acerca de los programas: 9.6% de los encuestados conversaría con ellos y el 32.4% lo haría, a veces, con sus padres.

V - Tipo de programas elegidos
V a) Niños-adolescentes

Tabla 3. Programas vistos. Respuestas de niños/adolescentes en porcentajes.

Programas	sobre total	sobre pública	sobre privada	RR escuelas privadas frente a públicas
Series no infantiles	66.8	56.7	71.3	Esc. priv = 1.2 p <0.001
Dib. anim. no infantiles	45.7	44.9	46.0	
Entretencimientos	40.1	42.7	39.0	
Dib. anim. Japoneses	18.0	10.1	21.5	Esc. priv = 1.2 p <0.01
Deportes	16.3	11.2	18.5	Esc. priv = 1.6 p <0.04
Dib. animados	15.9	7.9	19.5	Esc. priv = 1.3 p <0.001
Video clips	13.7	6.7	16.8	Esc. priv = 1.3 p <0.01
Series infantiles	10.6	15.2	8.5	
Películas	9.2	7.9	9.8	
Documentales	8.1	5.6	9.3	
Reality shows	7.8	11.8	6.0	Esc. públ = 1.6 p <0.003
Noticieros	7.8	7.9	7.8	
Periodísticos	4.5	5.6	4.0	
Manualidades	1.0	0.5	1.2	
Condicionado para adultos	1.0	0.0	1.5	
Telenovelas	1.0	1.1	1.0	
Sin respuesta	1.9	1.6	0.3	

Marcada predilección por series *no infantiles* (66.8%), habiendo diferencias significativas entre escuelas públicas y privadas. Siguen en preferencia los *dibujos animados no infantiles* (45.7%) y los programas de entretenimientos (40.1%). Los programas documentales, noticieros, periodísticos y programas infantiles son los menos elegidos.

V b) Padres

Tabla 4. Programas vistos por los hijos, según la respuesta de sus padres

Programa	Esc. Priv. (%)	Esc. Públ. (%)	Muestra (%)
Dibujos	33,3	88,8	61,1
Entretencimientos	22,2	22,2	22,2
Películas	22,2	22,2	22,2
Programas infantiles	44,4	0,0	22,2
Cómicos	11,1	0,0	11,1
Documentales	11,1	1,1	11,1
Deportes	11,1	0,0	5,6

En contraste con lo expresado por los hijos, los padres consideran que las preferencias de sus hijos se orientan a *dibujos y programas infantiles* (83.3%), ocupando los programas de entretenimientos sólo el 22.2%.

Podríamos suponer que, nuevamente, está en juego el Deber Ser.

VI - Motivo de la elección

Tabla 5. Motivo de elección del programa (en porcentajes).

Motivo de elección	Sobre total	Esc. pública	Esc. privada	RR escuelas priv. frente a públ.
Diversión	54,5	49,4	56,8	
Realidad	24,7	27,0	23,8	
Ideales	15,9	7,9	19,5	Esc. priv. = 2,1 p<0,01
Educación-información	9,3	9,6	9,3	
Presentación	6,9	12,4	4,5	Esc. públ. = 1,9 p<0,01
Acción-Violencia	4,2	2,8	4,8	
Sin respuesta	17,1	15,7	17,8	

La mayoría de las respuestas señalan la *diversión* como *motivo principal* de la *elección*.

Lipovetsky (1) se refiere a la sociedad actual centrada en la diversión y el entretenimiento como Sociedad Espectáculo, que otorga un lugar especial al ocio, al tiempo libre, al erotismo, al sexo y a la seducción; que propicia el culto al cuerpo joven y delgado, como ideal de belleza.

También ocupan un lugar destacado los programas que muestran la realidad y los ideales de los jóvenes.

Nos interesa marcar que los temas de *violencia y acción* (de acuerdo a los parámetros establecidos) *presentes* en la *mayoría* de los programas elegidos, no fueron señalados como motivo de elección; *no fueron percibidos como violentos*.

Nos preguntamos si la cotidianeidad de los hechos violentos ha llevado a que los niños se "acostumbren" a ella, considerándola natural, propia de la naturaleza humana.

Sin embargo, queremos destacar el *deseo expreso* de los niños/adolescentes de *programas no violentos*. ¿Podríamos suponer, de acuerdo a esto, el valor de las prédicas educativas de la no violencia?

Estas respuestas de los hijos están en relación, no en contradicción, con las respuestas de los padres en cuanto a cuáles programas agregarían y suprimirían.

Tabla 6. Tipo de programas que agregaría. Respuestas de padres.

Tipo de programas	de Esc. priv. (%)	de Esc. públ. (%)	Muestra (%)
Culturales	44,4	44,4	44,4
De producción argentina	11,1	0,0	11,1
Ninguno	11,1	0,0	11,1
Cine	11,1	0,0	5,6
Manualidades	0,0	11,1	5,6
Sin respuesta	22,2	44,4	66,6

El 44% agregaría programas culturales.

Tabla 7. ¿Qué tipo de programas suprimiría? Respuesta de padres.

Tipo de programa	Esc. priv. (%)	Esc. públ. (%)	Muestra (%)
Agresivos, violentos, amorales	44,4	22,2	33,3
De chimentos	11,1	33,3	22,2
Cumbia villera	0,00	11,1	5,6
El canal 7	0,0	11,1	5,6
Los canales 9 y 11	11,1	0,0	5,6
Los Simpsons	0,0	11,1	5,6
Ninguno	11,1	0,0	5,6
Sin respuesta	22,2	11,1	16,7

Los padres suprimirían violentos, agresivos y amorales en primer término.

Esto permite reflexionar acerca de cómo se construye la llamada ley de la oferta y la demanda: ¿consumen programas violentos porque es lo que se les ofrece?, ¿la supuesta demanda es construida por los productores y presentada como demanda de los televidentes?

Un conocido productor televisivo planteaba: "Nos piden *cuerpo* (en referencia a lo erótico-porno) y *sangre*. Nosotros no hacemos más que satisfacer la demanda".

Sin embargo los padres elegirían programas "culturales y educativos" para sus hijos y suprimirían los violentos, agresivos y amorales.

VII - Programas que reflejan mejor la vida de los niños y adolescentes

Tabla 8. Tipo de programa que refleja mejor la vida de los adolescentes.

Programas	Total (%)	Esc. priv. (%)	Esc. públ. (%)
Series no infantiles	60,4	56,7	62,0
Ninguno	8,8	3,4	11,3

Entretenimientos	6,1	7,9	5,3
Dibujos anim. no infantiles	5,9	7,3	5,3
Reality shows	1,9	2,8	1,5
Documentales	1,9	2,8	1,5
Noticieros	1,9	1,7	2,0
Dibujos animados	1,7	1,1	2,0
Deportes	1,4	2,8	0,8
Series infantiles	1,2	2,2	0,8
Películas	1,0	1,7	0,8
Dib. anim. japoneses	1,0	0,6	1,3
Video clips	0,5	1,1	0,3
Periodísticos	0,5	1,1	0,3
Pomográficos	0,3	0,6	0,3
Sin respuesta	9,5	10,7	9,0

La mayoría (60.4 %) eligió una conocida serie *no infantil*, en segundo lugar “ningún programa” (8.8%). Luego, en un 12.0% programas de entretenimientos y dibujos animados no infantiles. Un 9.5% de los niños encuestados, no pudo responder. Sin diferencias significativas entre escuelas ni géneros.

El personaje elegido como aquel que refleja mejor la vida de los adolescentes, fue justamente uno correspondiente a la serie no infantil elegida mayoritariamente.

Ocupó también un lugar importante, uno de los personajes de la serie “*Los Simpsons*”, con diferencia significativa a favor de los varones.

Tabla 9. Personaje que refleja mejor a los adolescentes

	% Total	% Niñas	% Varones
Personaje de Rebelde Way	42,7	50	36
Personaje de Frecuencia 04	12,9	12	13,3
Personaje de Los Simpsons	8,7	4,5	12,8
Personaje de Floricienta	6,6	11,5	1,9
Personaje de La bruja adolescente	5,8	5,5	6,2
Personaje de Ricos y mocosos	5,8	5,5	6,2
Personaje de Son amores	5,6	3	8,1
Personaje de Dibujos animados extranjeros	4,6	3,5	5,7
Personaje de Otras series extranjeras	3,6	2,5	4,7
Personaje de Otras series argentinas	1,5	1	1,9
Personaje de Tumberos	1	0	1,9
Personaje de Los Roldán	0,5	1	0
Actor argentino	0,2	0	0,5
Cantante o músico argentino	0,2	0	0,5
El Chavo	0,2	0	0,5

VIII. Personaje que mejor muestra lo que acontece en la realidad

Fueron elegidos (32.7%) personajes de series y (26.8 %) de dibujos animados, sin diferencias entre escuelas ni sexos.

Estas respuestas nos invitan a pensar en la delgada línea que separa la realidad de la ficción.

Tabla 10. Personaje que mejor muestra lo que acontece en la realidad

Programas	% sobre total	% sobre esc. públ.	% sobre esc. priv.
Personaje de serie	32,7	36,0	31,3
Dibujos animados	26,8	28,1	26,3
Ninguno	16,8	12,9	18,5
Actores	2,4	2,2	2,5
Animadores de TV	1,6	2,2	1,3
Personaje de novela	0,7	0,0	1,0
Deportistas	0,5	0,6	0,5
Cantantes	0,2	0,0	0,3
Sin respuesta	16,3	14,6	17,0

IX. Personaje con quien se encuentra más parecido

Casi un 30% de los niños/adolescentes, no se encuentra parecido a algún personaje y, el 13% no sabe o no responde. En cambio, la mayoría de los niños se encuentra parecido a un personaje de serie y/o de dibujos animados.

En escuelas privadas el 31,3% no se encuentra parecido a ninguno; el 28,5% se encuentra parecido a personaje de serie y el 13,5% no responde.

En escuelas públicas un 25,3% se encuentra parecido a personajes de dibujos animados, frente al 16.8% de los alumnos de escuela privadas.

Tabla 11. Personaje con quien se encuentra más parecido

Programas	% sobre total	% sobre esc. públ.	% sobre esc. priv.
Ninguno	29,6	25,8	31,3
Personaje de serie	27,0	23,6	28,5
Dibujos animados	19,4	25,3	16,8
Actores	4,0	3,9	4,0
Cantantes	1,4	1,7	1,3
Deportistas	1,4	1,7	1,3
Animadores de TV	0,9	1,1	0,8
Personaje de novela	0,9	0,0	1,3
Sin respuesta	13,1	12,4	13,5

X. Personaje a quien le gustaría parecerse

Tabla 12. Personaje a quien le gustaría parecerse

Programas	% sobre total	% sobre esc. públ.	% sobre esc. priv.
Ninguno	25,3	21,9	26,8
Personaje de serie	20,2	21,9	19,5
Deportistas	11,1	12,9	10,3
Familiares	10,6	12,9	9,5
Dibujos animados	8,5	6,7	9,3
A sí mismo	5,9	5,1	6,3
Actores	5,9	6,7	5,5
Cantantes	5,5	5,6	5,5
Personaje de novela	2,8	0,0	4,0
Animadores de TV	2,2	2,2	1,0
Sin respuesta	5,5	2,8	6,7

El 25.3% global que responde “a ninguno”, se eleva en alumnos de escuelas privadas al 26.8%. El 20,2% a un personaje de serie; ligeramente mayor porcentaje en escuelas públicas (21.9%). El 11,1% a deportistas y el 10,6% a familiares, siendo estos dos porcentajes, más elevados en escuelas públicas.

Interesa reflexionar también a partir de estas respuestas, sobre la elección de *modelos identificadorios de ficción – no ficción*.

Según género, las niñas eligieron con exclusividad a personajes de conocidas series de televisivas. Los varones en cambio, en primer lugar a deportistas (jugadores de fútbol) y a un personaje de Los Simpsons. Sería válido preguntarse si estas elecciones tienen que ver con la cuestión de género.

XI - Actividades de tiempo libre

Tabla 13. Actividades de tiempo libre

Programas	% sobre total	% sobre esc. públ.	% sobre esc. priv.	RR
Deportes	54,3	47,2	57,5	Esc. priv = 1,1 p<0,03 Esc. priv = 1,3 p<0,0001
Juegos virtuales	30,4	18,0	36,0	
Juegos infantiles	28,2	27,5	28,5	
Estudiar	21,1	16,9	23,0	
Escuchar música	13,7	12,4	14,3	
Salidas	12,1	11,2	12,5	
Lectura	11,2	7,3	13,0	
Reuniones	9,5	9,0	9,8	
Ayuda familiar	7,6	7,3	7,8	
Escritura, etc.	4,2	2,2	5,0	
Bailar	4,0	5,6	3,3	
Juegos de mesa	2,9	2,2	3,3	
Comer, dormir, etc.	2,1	1,7	2,3	

La mayoría eligió los deportes (54,3%), seguido de juegos virtuales (30,4%), juegos infantiles (28,2%), estudiar (21,1%), escuchar música (13,7%), salidas (12,1%), lectura (11,2%).

Las actividades recreativas y lúdicas son preferidas a las escolares (estudiar).

XII. Actividades de fin de semana

El porcentaje mayor corresponde a salidas (35,1%) y reuniones (32.2%), luego deportes (28,9%), juegos infantiles (23%), juegos virtuales (14,5%), estudiar (12,6%). Destacamos el predominio de las actividades sociales (67,3%).

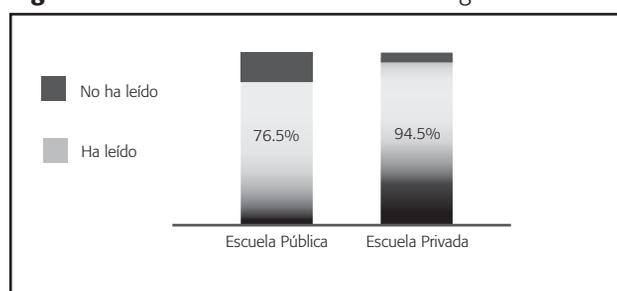
Tabla 14. Actividades de fin de semana

Programas	% sobre total	% sobre esc. públ.	% sobre esc. priv.	RR
Juegos infantiles	23,0	21,9	23,5	
Juegos de mesa	1,2	1,7	1,0	
Juegos virtuales	14,5	5,1	18,8	Esc. priv = 3,7 p<0,0001
Salidas	35,1	30,9	37,0	
Reuniones	32,2	28,1	34,8	
Música	5,7	6,2	5,5	
Bailar	5,2	7,3	4,3	
Lectura	5,2	3,4	6,0	
Escritura, etc.	1,7	1,7	1,8	
Deportes	28,9	29,8	28,5	
Ayuda familiar	4,5	7,9	3,8	
Comer, dormir, etc.	5,9	6,2	5,8	
Estudiar	12,6	10,7	13,5	

Interesa señalar que un 98,3% de los encuestados, informa que *mira TV*, expresando una elección que prevalece sobre otras actividades.

XIII. Lectura

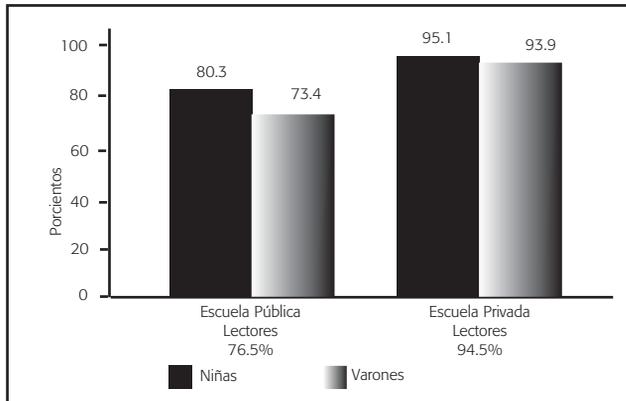
Figura 5. Lectura de libros distribuido segun escuelas.



De las estadísticas, se desprende que la casi totalidad de los alumnos de establecimientos privados (94,5%) han

dedicado tiempo a la lectura de libros. Menor porcentaje se ha registrado en los alumnos de escuelas públicas (76,5%).

Figura 6. Lectura de libros distribuido según escuelas y género



También se puede observar que tanto en escuelas públicas como privadas, el mayor caudal de lectores se encuentra entre las niñas (90,7%).

De esas lecturas fueron más los alumnos/as de escuelas privadas que leyeron tanto textos obligatorios como no obligatorios.

Tabla 15. Lectores distribuidos según escuelas y grupos etarios

	Escuela Pública			Escuela Privada		
	% <11 años	% >10 <15 años	% >14 años	% <11 años	% >10 <15 años	% >14 años
Lectores	85,7	76,4	50,0	88,7	95,4	84,2
Libros obligatorios	64,7	70,5	27,3	71,8	88,2	84,2
Libros no obligatorios	29,4	25,7	45,4	45,1	40,1	52,6

De los guarismos de los que disponemos, se puede inferir también que son más los alumnos de establecimientos privados que los de escuelas públicas que han frecuentado la lectura. Probablemente la obligatoriedad de la lectura de libros ofició como estímulo para ella, ya que observamos que la lectura no obligatoria aumenta a medida que transcurre la escolaridad (29.4 a 52.6)

XIV- Respuesta a la discriminación (n = 579 respuestas (98.6%))

Uno de los ítems de respuesta abierta de la Ficha administrada a niños/adolescentes, preguntó sobre su actitud ante una situación de discriminación.

Tabla 16. Actitud expresada

	n	%
Actitud solidaria	470	81,2
No sabe qué haría	46	7,9
Actitud violenta hacia el discriminador	32	5,5
No haría nada	17	2,9
Depende del por qué de la discriminación	14	2,4
	% esc. Públ.	% esc. Priv.
Actitud solidaria	83,2	80,3
No sabe qué haría	6,7	8,5
Actitud solidaria, pero violenta hacia el discriminador	7,3	4,8
No haría nada	1,7	3,5
Depende del por qué de la discriminación	1,1	3,0
	% niñas	% varones
Actitud solidaria	87,8	76,3
No sabe qué haría	6,3	9,3
Actitud violenta hacia el discriminador	2,4	7,8
No haría nada	1,2	4,4
Depende del por qué de la discriminación	2,4	2,2

Tabla 17. Por grupos etarios

	% <11 años	% >10 <15 años	% >14 años
Actitud solidaria	89,7	79,5	72,9
No sabe qué haría	5,6	8,9	5,4
Actitud violenta hacia el discriminador	4,6	5,1	13,5
No haría nada	0,0	3,7	2,7
Depende del por qué de la discriminación	0,0	2,7	5,4

Se observó mayor prevalencia de *actitud solidaria* entre las *niñas de escuela pública*, y de *reacción violenta* ante la discriminación entre los *varones* del mismo segmento, *aumentando a medida que crecía la edad cronológica*.

Si bien el porcentaje de respuesta violenta es bajo (13.5, 5.1 y 4.6% según edad cronológica) lo consideramos significativo, teniendo en cuenta que el tema Discriminación y cómo abordarla había sido trabajado en el ámbito escolar, precisamente por el aumento de la misma, que los docentes habían observado. Pensamos que, justamente por la labor docente se registró alto porcentaje de respuestas solidarias.

XV. Encuesta a docentes

Nivel socioeconómico de la escuela:

Alto = 20.4%
Medio = 40.8%
Bajo = 38.8%

Cómo consideran los docentes que los programas influyen en	% de docentes que opinan			
	Mucho	Poco	No influy.	No lo sabe
Los juegos	70,0	26,0	4,0	0,0
Las expresiones	49,0	26,5	20,4	4,1
El lenguaje verbal	86,0	10,0	4,0	0,0
El lenguaje gestual	84,0	10,0	2,0	4,0
El lenguaje escrito	26,0	42,0	30,0	2,0
La relac. con los pares	74,0	16,0	8,0	2,0
La conducta	70,0	28,0	2,0	0,0

Las respuestas de los docentes, vinculadas a la *identificación* de sus alumnos con los *personajes protagónicos*, coinciden en gran medida. Las opiniones son que los niños y adolescentes, *más que sentirse identificados* con determinados personajes, lo que hacen es *copiar modelos o estereotipos* que tal vez por novedosos o transgresores se ponen de moda. Estas actitudes se fundan en la creencia de que si está en la tele está bien, está bueno, esto contribuiría a tender redes de aceptación social, a sentirse autoafirmados en los grupos de pares o en determinados ámbitos de reunión social.

Otra particularidad que se desprende de las encuestas a los docentes es que la *escritura* no se veía demasiado alterada por los programas, pero sin embargo manifiestan que es el *lenguaje verbal y gestual* el que se modifica, como también ciertas conductas que reflejan la copia del modelo. En concordancia con esta reflexión, los docentes opinan que los chicos no se identifican en general con ningún personaje en particular, pero utilizan determinadas expresiones para hacer bromas y molestarse entre ellos, generando dispersión y a veces agresión.

Finalmente, *los docentes no están en contra de la T.V.*, por el contrario *promueven que los programas de actualidad y ciencia sean vistos para luego ser tratados en el aula*. Los documentales, especialmente los que tratan contenidos de ciencias naturales o historia, según los educadores, aportan a veces mayor información y más directa que algunos manuales de consulta.

En consecuencia creen que la dosificación y selección adecuada de los programas televisivos, serían la mejor opción. Ellos se inclinan por dar lugar a actividades artísticas y creativas de resolución de problemas, que no tengan en cuenta, únicamente los modelos impuestos por la TV.

Reflexiones finales

¿Cómo “salir” de la pasividad en que nos colocan los medios?

Es indudable que existe un intercambio desigual entre emisor (aparato productor televisivo) y receptor (televidente).

En esta época en que impera la lógica del Mercado con su correlato, el consumidor, es muy difícil sustraerse y no “comprar” lo que se oferta. Como lo plantea Lipovetsky (10) estamos en una época en la que predomina la “sexducción”, combinatoria de lo sexual con la seducción (Las palabras citadas del productor televisivo aluden precisamente a esto).

Cabría preguntarse ¿cómo se construye la “demanda”, con la que los productores suelen “justificar” su programación?

Suely Rolnik, psicoanalista y crítica cultural de Sao Paulo (Brasil) en una entrevista realizada en Buenos Aires (16) señalaba que el capital financiero no fabrica mercancías como lo hace el capital industrial, sino que fabrica mundos. Mundos de signos a través de la publicidad y la cultura de masas. En las campañas publicitarias se crean imágenes de mundos con las que el consumidor se va a identificar y luego va a desear: sólo entonces esas mercancías van a ser producidas.

La cuestión es poder encontrar “formatos” atractivos y que respondan a los intereses de los niños para los llamados programas educativos, generalmente calificados de “aburridos, plomo” por sus destinatarios.

¿Cómo permitir la interacción con los televidentes, sin que ésta sea condicionada? No sería interacción conteste por Sí o por No o elija éste o este otro, promoviendo elecciones predeterminadas. Respuestas que luego serán “usadas” para la construcción de la demanda.

Por otra parte, en lo que se oferta resultaría necesario reflexionar sobre frases como: “horario apto para todo público”, “apto para todo público pero bajo la responsabilidad de los padres”, “prohibido para menores de 16 años”. Unas pocas horas frente a la tele demuestran que el horario de protección al menor no se cumple.

Algunos autores como Bauman (4) se refieren a la actualidad como la “era líquida”, en las relaciones familiares y sociales, en contraste con la solidez y cohesión de la modernidad.

Nos preguntamos si hoy la oferta es apta para todo público. Los datos obtenidos en cuanto a la cantidad de horas que los niños miran TV y que *mayoritariamente* lo hacen y conversan *entre ellos*, sin la presencia de un familiar o adulto, nos sitúan a ambos en un contexto diferente al de otras épocas: ¿se insinúa la tendencia niños con niños?, ¿la relación niños-adultos y el tiempo de hablar y compartir en familia se estará diluyendo ante las cuestiones planteadas en los programas de la TV?

Otro tema que nos parece interesante cuestionar es respecto a la *diferenciación realidad-ficción*:

Es sabido que esta distinción es un proceso que exige esfuerzo y energía psíquica al niño, que se resiste a abandonar el “refugio” en la fantasía.

Nos preguntamos si algunos programas contribuyen a no delimitar esta diferenciación.

Las respuestas de los niños/adolescentes respecto a personajes y programas que “mejor reflejan la realidad” hace pensar en ello.

En este sentido no estaba “clara” la diferenciación persona-personaje. Los personajes fueron denominados por su nombre “real” y a la inversa, la persona fue nominada por su personaje.

Resulta interesante al respecto, lo sucedido con una conocida serie infanto-adolescente, en la que uno de sus protagonistas muere al ser atropellado por un auto. La escena no fue aceptada por los televidentes y tanto en la emisora, como en distintos medios televisivos y radiales, se debatió el tema, ya que gran número de "seguidores", especialmente padres, protestaron ante semejante desenlace. ¡Los productores se vieron "obligados" a emitirla nuevamente con otro desenlace, poco afortunado, ya que incorporaba elementos de ficción en clave de realidad! Contribuía así a la confusión planteada.

Derrida (8) se refiere justamente al borramiento entre realidad-ficción, que presenta nuestra época. Utiliza los términos artefactualidad y activirtualidad para referirse a lo que constituye la actualidad. *Artefactualidad* (de artefactos) significa que por más singular, irreductible, dolorosa o trágica que sea la "realidad" a la cual se refiere la "actualidad", ésta nos llega a través de una hechura ficcional. *Activirtualidad* se refiere a otro rasgo de la "actualidad": imagen virtual, espacio virtual, acontecimiento virtual, que considera ya no puede oponerse, como antes a realidad actual.

Creemos que la función de padres y docentes es tener en cuenta esto y hacer de "filtro" frente al avance del show sobre la posibilidad de informar acerca de la realidad. La película "*The Truman Show*" sería un ejemplo extremo de ello.

Modelos identificatorios y TV

Expresamos que en la actualidad impera la lógica del Mercado que propone el consumo como forma de satisfacción de las necesidades. Se consume lo que proponen los medios masivos de comunicación. En la TV aparecen personajes prometedores y promotores de modas, gustos, lenguaje para ser imitados: hay que ser exitoso como, hay que hablar como, hay que vestirse como, etc. Así se va regulando el ser y el vínculo social.

Los programas de TV son vistos por niños, adolescentes y adultos e incluyen una amplia variedad de temas como las relaciones familiares y sus problemáticas, las vicisitudes adolescentes, las variantes de la sexualidad, cuestiones sociales, la relación con el cuerpo, etc. Así todos, sin distinción de edad y aún antes de haber nacido, participan de la coexistencia de modelos familiares y de estos nuevos modelos mediáticos. A diferencia de la modernidad en la que prevalecían los modelos familiares tradicionales y más tardíamente los sociales, hoy dicha tendencia parece invertirse.

Según Corea (7) resulta sumamente difícil – si no imposible - constituirse como sujeto social sin ser partícipe de la actualidad mediática.

Para Rojas (15) el consumo de la imagen, por ejemplo, forma parte de la cotidianidad del ciudadano actual a partir de la más temprana infancia.

Resulta necesario diferenciar el concepto de identificación del de imitación. La identificación es un proceso complejo del psiquismo y está ligada a los vínculos. En un primer momento en el vínculo y por el vínculo con los padres el niño irá adquiriendo modelos de ser, con el

correr del tiempo conservará algo de ellos, pero necesariamente deberá operar una transformación que le permita ser diferente y singular.

Amores (1) piensa el proceso identificatorio como un proceso de autoorganización, de metabolización complejizante.

La identificación pues, está ligada a la transformación, es algo activo que favorece la diferenciación yo – no yo. La imitación en cambio es incorporación sin transformación, es algo pasivo, no favorece la diferencia yo- no yo. Sería como consumir identidad de los otros y no propia.

Género y TV

Por género se entiende la asignación a los seres humanos de conductas, actitudes y características imaginariamente ligadas a los sexos. De las niñas se espera que sean dulces, tiernas, delicadas, obedientes, buenas. De los varones, se espera que sean fuertes, rebeldes, agresivos, traviosos, independientes.

Estos estereotipos que se promueven desde los medios dejan de lado la diversidad de modos posibles de ser niño o niña.

Violencia y TV

Mucho se ha escrito acerca de la inducción de conductas violentas por los programas de TV. Algunas investigaciones, con un pensamiento reduccionista, intentan establecer relación causa-efecto entre la cantidad de horas diarias que un sujeto mira TV y conductas violentas. Creemos que si bien pueden estar relacionadas no se pueden sacar conclusiones deterministas. El fenómeno violencia es múltiple, responde a varios factores de la trama sujeto-vínculo-cultura, del que los medios de comunicación, entre ellos la TV son uno más.

Nuestra investigación se refiere a *influencia* de la TV..., término que implica una no causalidad determinista, lineal y directa entre dos factores. Admite mediadores, rechazos, correlaciones.

Las respuestas a nuestras fichas muestran, por un lado, que niños-adolescentes, padres y docentes *desean programas no violentos*. Pero por otra parte, la *elección de los programas* de los niños/adolescentes estaba *marcada por la violencia*. Según nuestra categorización de programas.

Podemos pensar que los niños *no percibían* como violentos tales programas. Sabemos que la repetición de escenas de violencia hace que terminemos acostumbrándonos a ella, considerándola "natural", debido a que nos acompaña cotidianamente. Esto no sólo es válido para la TV sino también para otros lugares de convivencia.

Señalamos estos hechos con el propósito de invitar a pensar cómo la *violencia se ha "naturalizado"*, haciendo que no la registremos en lo cotidiano.

Nos parece oportuno recordar las reflexiones de Hannah Arendt (2), escritora judía de origen alemán, acerca de lo que llama "banalidad del mal". A propósito del

juicio a Eichman, ella se refiere a la irreflexión de quien comete crímenes actuando bajo órdenes, con lo que el “mal” se vuelve común, trivial, banal, se “naturaliza”, perdiendo su sentido.

¿No es eso lo que se promueve desde las imágenes televisivas al presentar una y otra vez imágenes de violencia, del dolor como espectáculo, que termina perdiendo el afecto penoso que debiera acompañarlo?

Libros y TV

Como decíamos en la Introducción de este trabajo, la TV no es buena ni mala. Tiene múltiples posibilidades educativas y puede ser muy atractivo que un niño aprenda de un modo entretenido, a través de imágenes y no sólo palabras, dándole una base más sólida a su aprendizaje. Es decir que libros y TV se complementan, no se oponen, ya que ambos ejercitan distintas áreas cognitivas y ponen en juego distintos “tipos” de inteligencia.

Nos parece importante señalar el *impulso dado a la lectura* a través de la obligatoriedad de la lectura de libros como parte de la *currícula escolar*, ya que dicha “obligación” probablemente influyó en el “gusto” por la lectura. Quizás esto modifique, en el futuro, las estadísticas actuales. Una encuesta (9) realizada en nuestro país a 3.000 personas (adultos de todo el país y de todos los niveles sociales) muestra que uno de cada dos no leyó un solo libro en el último año. Sólo el 30 % leyó más de tres libros en un año y el 61.9% no supo dar el nombre de un escritor conocido.

Escuela y TV

Cuando finalizábamos este informe de investigación leímos un artículo en el Diario El Día de La Plata (Lunes 23 de octubre) sobre el problema de los chicos que hablan con “lenguaje neutro”. En dicho artículo se hace referencia a la preocupación de docentes argentinos acerca de la influencia del llamado “lenguaje neutro” de los dibujos animados que emite la TV, en los niños pre-escolares y escolares. Advierten que podría “perjudicar su formación lingüística y su identidad”.

Los docentes que participaron en nuestra investigación compartían esta preocupación. Preocupación que hacemos nuestra como lo planteáramos respecto a los modelos identificatorios con relación a la diferencia entre imitación e identificación. Entendiendo que la identificación es un proceso activo de metabolización complejizante, de transformación. Esto es válido también para pensar la “apropiación” que debe hacer el niño de los elementos que conforman la lengua, hacerlos propios, complejizarlos, quitarles la “neutralidad”, transformándolos en un lenguaje propio, singular.

A modo de cierre y apertura a nuevas reflexiones

Volviendo a nuestro planteo inicial e intentando salir de la antinomia esterilizante: la TV es buena o es mala, nos interesa la reflexión acerca del *rol* de los *adultos* y de nuestras *instituciones* de pertenencia¹ en el cuidado y protección de la salud mental de los niños.

Respondiendo a esta preocupación, la Sociedad Argentina de Pediatría ha elaborado para los padres: “Algunas recomendaciones para ver televisión” (17).

Es loable también la iniciativa del Ministerio de Educación de la Nación, que ha lanzado “Encuentro”, canal de Televisión Educativa, que “apunta hacia el aprendizaje, la autoestima y la construcción de identidad de los argentinos”, según Tristán Bauer (3), director de dicho canal.

Queremos destacar además, el planteo de los docentes que participaron en nuestra investigación, acerca de la importancia de la transmisión de contenidos educativos a través de la TV y la necesidad de que un adulto “responsable” (padre, maestro) oficie de guía, discuta y oriente a los niños sobre los programas televisivos.

Violencia y TV

Nos pareció necesario, aunque puede ser discutible, buscar elementos para categorizar “violencia”. Los elaboramos incluyendo también a profesores e integrantes de los gabinetes escolares (La visión de la antropóloga fue muy importante). El propósito fue reducir, en lo posible, lo subjetivo: “este programa me parece violento o no violento”.

Elementos para categorizar violencia:

La diferenciamos de agresividad que deriva de *aggrēdi*: andar, avanzar, dirigirse a... Como vemos enfatiza *actividad*.

Así la entiende Winnicott, quien dice que, en su origen, es sinónimo de actividad.

H. Ey considera que “la agresividad forma parte de la vida, es inmanente al género humano”. Se refiere a la conducta agresiva como la capacidad de respuesta de un organismo para *defenderse* de peligros, tanto internos como externos.

El planteo de la *agresión como conducta adaptativa* permite diferenciarla claramente de la *violencia*, en tanto ésta es una conducta *destruccionista y desintegrativa*, que *abusa del poder*, sin tener en cuenta al otro ni a sus necesidades.

Plantemos como violentas las conductas que:

- Ubican al sujeto como *objeto*.
- Un paso más es la *crueledad* que es la violencia “cruda”, *deshumanización del semejante*, como el caso de la tortura.
- Plantean como único modo de resolución de conflictos.
- Que usan recursos violentos aún cuando están disponibles otros.

¹ Instituciones de pertenencia a las que serán transferidos los resultados de nuestra investigación: Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) Filial La Plata, a la que pertenecen la mayoría de los autores. Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG) y Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) a las que pertenece la coordinadora.

- Que engañan o mienten sin cuestionarse
- Que despliegan innecesariamente violencia como:
 - Mostración incestuosa
 - Mostración morbosa
 - Violencia como espectáculo: reiteración de escenas una y otra vez sin solución de continuidad.
 - Goce del poderoso en molestar al más débil imposibilitado de defensa: niño, discapacitado...

- Conductas violentas inmotivadas, no con propósito defensivo.

Agradecimientos: Se agradece la colaboración de las Lic. Cecilia Ferretti y Beatriz Urrutibeheity, de las Dras. Diana Fryd, Graciela Ruggieri y Silvia Salvi, y de la Prof. Adelaida Kraan en la elaboración del presente artículo ■

Referencias bibliográficas

1. Amores S. Clínica del niño y su familia. Una perspectiva vincular psicoanalítica. Ed. Distal SRL. Bs. As, 2000.
2. Arendt H. Eichman en Jerusalén: un estudio sobre la banalidad del mal. Segunda Edición, traducción de C. Ribalta. Lumen. Barcelona, 1999.
3. Bauer T. Entrevista realizada por la Revista *El Monitor* N° 7, Mayo-Junio, 2006.
4. Bauman Z. Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Fondo de Cultura Económica. Bs. As., 2005.
5. Bleichmar S. "Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo". *Rev. del Ateneo Psicoanalítico* N° 2. 1999.
6. Corea C y Lewkowicz I. Pedagogía del aburrido. Ed. Paidós. Bs. As, 2004.
7. Corea C y Lewkowicz I. ¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez. Ed. Lumen Humanitas. Bs. As, 1999.
8. Derrida J. Ecografías de la televisión. Eudeba. Buenos Aires, 1993.
9. Encuesta del Sistema Nacional de Medición de Consumos Culturales (Univ. Nac. Lomas de Zamora y Tres de Febrero). Diciembre, 2004.
10. Lipovetsky G. La era del vacío. Edit. Anagrama. Barcelona, 1986.
11. Lyotard JF. La condición posmoderna. Ed. Rei. Buenos Aires, 1991.
12. Mayer M. *Revista Ñ*. Clarín. Bs. As., 10-7-2004.
13. Mc Luhan. El medio es el diseño. Estudios sobre la problemática del diseño y su relación con los medios de comunicación. Buenos Aires. Eudeba, 2000.
14. Puga T. "La televisión en la formación del niño". *Archivos Argentinos de Pediatría* Vol. 85, No 1, 1987.
15. Rojas MC y Sternbach S. Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad. Ed. Lugar. Bs. As, 1994.
16. Rolnik S. Entrevista realizada por el Colectivo Situaciones. Bs. As. Julio, 2006. Disponible en: www.lacava.org
17. Sillinger E y otros. "Recomendaciones para ver televisión". *Arch. Arg. Pediatría*. Vol. 99, No 5, 2001.
18. The Lancet (Rev. Gran Bretaña). Investigación "Influencia de la TV violenta en el comportamiento de los niños". En: Clarín. Bs. As., 20-2-2005.
19. UNESCO. Investigación "Los niños y la TV". En: Diario El Día, La Plata, 1-4-1998.
20. UNESCO: Investigación "Estudio Global de la Violencia en los Medios". En: Diario Clarín, Bs. As., 20-2-2005.
21. Zafra, J. "Más tiempo ante la pantalla que con los libros". Diario El Día, La Plata, 7-6-2001.



proyecto
suma
Asistencia y Rehabilitación
en Salud Mental

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

Asistencia
Rehabilitación
Reinserción social
Docencia e investigación

> consultorios **externos** > programas **especiales:**
> hospital **de día** • adultos mayores
> club de **fin de semana** • personas con trastornos del ánimo
 • personas con esquizofrenia

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

Usos y abusos de fármacos en pacientes con deterioro cognitivo

Galeno Rojas

*Médico Neurólogo. Laboratorio de Investigación de la Memoria, Hospital Abel Zubizarreta (GCBA)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina
E-mail: grojas@anmat.gov.ar*

Cecilia Serrano

Médica Neuróloga. Laboratorio de Investigación de la Memoria, Hospital Abel Zubizarreta (GCBA)

Carol Dillon

*Médica Psiquiatra. Laboratorio de Investigación de la Memoria, Hospital Abel Zubizarreta (GCBA)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina*

Leonardo Bartoloni

Médico Neurólogo. Laboratorio de Investigación de la Memoria, Hospital Abel Zubizarreta (GCBA)

Mónica Iturry

Psicóloga. Laboratorio de Investigación de la Memoria, Hospital Abel Zubizarreta (GCBA)

Ricardo F. Allegri

*Médico Neurólogo. Laboratorio de Investigación de la Memoria, Hospital Abel Zubizarreta (GCBA)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina*

Resumen

Introducción: El uso irracional de medicamentos para el tratamiento de los trastornos cognitivos puede incrementar los gastos en países en desarrollo. **Objetivo:** Analizar el patrón de prescripción de los medicamentos relacionados con el tratamiento de los trastornos cognitivos y compararlo con los ingresos económicos. **Pacientes:** Se evaluaron en forma prospectiva 313 pacientes que consultaron por olvidos al Laboratorio de Memoria del Hospital Municipal Abel Zubizarreta durante el período de un año. **Resultados:** Para los pacientes la media de ingresos por mes (año 2007) fue 502,81 pesos equivalente a US\$ 152. El 41.55% de los pacientes tenía demencia, 15.65% enfermedad psiquiátrica, 15.01% deterioro cognitivo leve y 27.79% eran normales. Los pacientes recibían un promedio de 2.84 fármacos/día, el 20% recibían al menos una droga para los trastornos cognitivos (9.85% memantina, 6.38% donepecilo y el 4% nootrópicos, vasodilatadores cerebrales o antioxidantes), el 39.3% recibían psicofármacos (28.11 % benzodiazepinas y 9.26 % antipsicóticos atípicos). El 12.76% de pacientes con deterioro cognitivo leve estaban tratados con antidemenciales y el 5.74 % de los sujetos normales recibían antidemenciales. El 4% de los pacientes estaban siendo tratados con muestras médicas. **Conclusiones:** Nuestra muestra evidenció uso irracional de antidemenciales y psicofármacos.

Palabras clave: Alzheimer - Costo de enfermedad – Demencia - Farmacoepidemiología - Fármacos.

USE AND ABUSE OF DRUGS IN COGNITIVE IMPAIRMENT PATIENTS

Summary

Introduction: Irrational use of drugs for the treatment of cognitive impairment can increase health costs in developing countries. **Objective:** to analyze the pattern of drug prescription related to the treatment of patients with dementia and to compare them with the income of patients. **Patients:** 313 community-based outpatients that sought medical advice for memory problems, in the Memory Center of Zubizarreta General Hospital (Buenos Aires, Argentina), were prospectively assessed during a period of a year. **Results.** Patients' mean income was 502.81 "Pesos Argentinos" which is equivalent to US\$152 per month (2007). Forty one point fifty five percent (41.55%) of the patients had dementia, 15.65% psychiatric diseases, 15.01% mild cognitive impairment and 27.79% were normal. Patients received an average of 2.84 drugs/day, 20% of the patients took at least one drug for cognitive impairment (9.85% memantine, 6.38% donepezil and 4% nootropics, cerebral vasodilators or antioxidants), and 39.3% received psychotropic medication (28.11% benzodiazepines and 9.26 % atypical antipsychotics). Twelve point seventy six percent (12.76%) of the patients with mild cognitive impairment were treated with antidementials, 5.74% of normal subjects received antidementials. 4% of patients were exclusively treated with free samples. **Conclusion:** In our sample irrational degree of using antidemential drugs and psychotropic agents was found.

Key words: Alzheimer's disease - Cost of illness – Dementia – Drugs - Pharmacoepidemiology.

Introducción

En el mundo hay aproximadamente cada mes 800.000 personas de más de 65 años de edad y un 70 % de ellos viven en países en desarrollo (5).

En EE. UU. se estima un costo anual por paciente con demencia tipo Alzheimer de grado leve en US\$ 14.408, ascendiendo a US\$ 36.132 en aquellos con deterioro severo. Esto infiere un costo nacional de US\$ 50 billones (21). En la Argentina, los costos directos anuales de la demencia tipo Alzheimer para el año 2001 eran US\$ 3.420 en los casos leves y US\$ 9.657 en los severos, alcanzando los US\$ 14.447 anuales en casos institucionalizados. El costo correspondiente al tratamiento farmacológico en la enfermedad de Alzheimer era de US\$ 150 por mes (3).

Con respecto al tratamiento farmacológico la Academia Americana de Neurología recomienda el uso de drogas inhibitoras de colinesterasa con un nivel de evidencia clase I (12). Una revisión sistemática Cochrane de 23 ensayos clínicos evaluando los costos totales de los recursos sanitarios muestra que el uso de donepecilo no es ni más ni menos costoso, en comparación con el placebo (8). Otros análisis costo eficacia revelan un beneficio económico con estas drogas (15, 26).

No obstante, en el año 2004 el Grupo Colaborativo "AD2000" publica que el donepecilo no tiene una adecuada relación costo-efectividad y que los beneficios son menores (10). Observaciones similares se hacen en una revisión sistemática (20). Motivo por el cual en el 2006 el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) del Reino Unido limitó el uso de inhibidores de colinesterasa solo a enfermedad de Alzheimer moderada severa (24).

La eficacia clínica, la relación costo efectividad y los beneficios a largo plazo de las drogas para el tratamiento de la cognición son tópicos que continúa aún en revisión.

Otros antidemenciales, como los vasodilatadores cerebrales y periféricos, continúan siendo evaluados por su dudosa eficacia (22, 27).

Con respecto a los síntomas conductuales, incrementan los costos directos anuales asociados con la demencia tipo Alzheimer desde US\$ 10.670 hasta US\$ 14.253 (23).

Los fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer no se encuentran dentro de la "Lista Modelo" de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de 306 Medicamentos Esenciales (32). Al día de hoy, no están incluidos dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) de nuestro país (28).

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el patrón de prescripción de medicamentos relacionados con el tratamiento de los trastornos cognitivos y compararlo con los ingresos económicos de los pacientes de la tercera edad.

Pacientes y métodos

Diseño

El estudio consistió en un registro prospectivo de cor-

te transversal de los indicadores del uso de medicamentos durante el período de un año.

Pacientes

Se ingresaron pacientes mayores de 60 años de edad que consultaron por trastornos cognitivos al Laboratorio de Memoria del Hospital Zubizarreta (Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - GCBA) derivados por médicos de atención primaria, geriatras, neurólogos o psiquiatras del Hospital. Se incluyeron además pacientes derivados de Hospitales Privados y de médicos de cabecera de PAMI (INSPJP, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Personas Jubiladas y Pensionadas).

Protocolo de Evaluación

Se firmó un consentimiento informado previo a iniciar toda acción relacionada al protocolo. Todo el trabajo clínico ha estado sujeto a las Reglas ICH de Buenas Prácticas Clínicas, a la última revisión de las declaraciones de Helsinki (1964, Tokio, 1975; Venecia, 1983; HonKong, 1989) y a las reglamentaciones del Ministerio de Salud del GCBA.

Se utilizó un formulario especialmente adaptado para demencias a partir del sugerido en "Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud" de la Organización Mundial de la Salud (4). En el mismo se detalla el acto de prescripción para registrar indicadores básicos del uso de medicamentos.

Ya que el objetivo era estudiar el uso de fármacos para los trastornos cognitivos, se definió como tal aquel fármaco en el que figure en su prospecto de aprobación las siguientes indicaciones: enfermedad de Alzheimer, senilidad, insuficiencia vascular cerebral, demencia multiinfarto, tratamiento de procesos degenerativos seniles, demencia senil, alteraciones de origen cerebrovascular, vasodilatadores cerebrales, agentes vasoactivos, activadores cerebrales.

Se utilizó una Entrevista Neurológica semiestructurada que incluyó los datos sociodemográficos del paciente, los antecedentes clínicos generales, los antecedentes neurológicos o psiquiátricos, los exámenes complementarios para llegar al diagnóstico del trastorno cognitivo y en el caso existente de un trastorno cognitivo, se identificó el diagnóstico específico.

El estado cognitivo fue evaluado mediante el test del estado mental de Folstein (del inglés Mini Mental State Examination - MMSE) (16) y el test del reloj (17), el estado de ánimo mediante la escala de Depresión de Beck (7) y los síntomas conductuales y afectivos con el Inventario Neuropsiquiátrico (INP) (11). Para evaluar la estadificación de la demencia se utilizó la escala clínica de severidad (Clinical Dementia Rating-CDR) (19).

Resultados

Entre abril del 2007 y enero del 2008 fueron evaluados 313 pacientes, 136 fueron derivados del mismo hospital Zubizarreta (servicio de neurología u otros servicios), 13 pacientes provenían de hospitales privados; el

resto de los pacientes de derivaciones de otros hospitales municipales. 203 pacientes habían sido vistos por un médico neurólogo (64.85%).

Presentaban edad media 66.72 (Desvío standard 14.6) años, Femenino 62.93 %, educación formal media 9.37 (Desvío standard 6.25) años. Con respecto a la situación laboral de los pacientes: 21.4% (n=67) continuaban trabajando, 31.62% (n=99) tenían jubilación, 1.27% (n=4) estaban pensionados, 3.83% (n=12) pacientes se consideraban desocupados (no trabajaban ni tenían jubilación), 1.74% (n=7) pacientes abandonaron su trabajo (no tenían jubilación ni certificado de discapacidad). Tenían certificado de discapacidad el 2.55% (n=8) del total de los pacientes. Los pacientes consultaron con una media de 18.5 meses desde el inicio de los síntomas.

Para los pacientes la media de ingresos por mes fue 502,81 pesos equivalente a US\$ 152. Un dólar equivalente a 3.30 pesos (año 2007).

El 56.86% (n= 178) de los pacientes recibía ingresos solamente de su jubilación, el 5.75% (n=18) tenía ingresos gracias al dinero aportado por familiares, el 12.77% (n=40) el 7.02% (n=22) de los pacientes recibía ingresos de su jubilación y les aportaba dinero sus familiares y el 15.01% (n=47) declaró no recibir ningún tipo de ingreso.

Antecedentes

El 46.32% (n=145) de los pacientes tenía diagnóstico de hipertensión, el 9.26% (n=29) diabetes, el 16.29% (n=51) antecedentes cardíacos, el 29.71 % (n=93) dislipemia, el 9.9% (n=31) patología tiroidea, el 8.94% (n=28) traumatismo encefalocraneano previo, el 5.75% (n=18) accidente cerebrovascular, el 3.19% (n=10) epilepsia, el 0.63% (n=2) parkinson, el 15.65% (n=49) patología psiquiátrica, el 3.19% (n=10) enolismo y el 13.09% (n=41) tabaquismo. El 41.21% (n=129) de los pacientes tenía antecedente familiar de enfermedad neurológica o psiquiátrica. El 32.58% (n=102) presentó examen neurológico alterado.

La media del Minimental test fue de 24.74 (DS 5.53) puntos y del Test del reloj de 5.01 (DS 2.38) puntos.

La mediana de la escala de depresión de Beck fue 9 (rango 0-44). Con respecto al Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings: 57 pacientes presentaron delirios en la consulta (Puntaje: mediana 2, rango 1-12), 17 alucinaciones (Puntaje: mediana 4, rango 1-12), 86 agitación (Puntaje: mediana 3, rango 1-12), 155 síntomas depresivos (Puntaje: mediana 2, rango 1-12), 97 síntomas de ansiedad (Puntaje: mediana 3, rango 1-12), euforia 49 (Puntaje: mediana 1, rango 1-12), apatía 114 (Puntaje: mediana 4, rango 1-12), desinhibición 61 (Puntaje: mediana 2, rango 1-12) e irritabilidad 124 (Puntaje: mediana 4, rango 1-12).

El 21.72% (n=68) de los casos presentó una escala CDR mayor o igual a 1 (presentaban compromiso en su vida diaria). De ellos, 45 casos fueron demencia leve (CDR = 1), 17 moderada (CDR = 2) y 6 severa (CDR = 3). Sólo un 21.72% (n=8) de las demencias tenía "certificado de discapacidad".

Del resto de los casos, sin impacto en vida diaria, 179

casos presentó un valor de CDR = 0.5 y fueron clasificados como deterioro cognitivo leve. 29 casos no referían síntomas cognitivos en la consulta (CDR = 0) ya que habían sido derivados por causas administrativas (para renovar licencia de conducir).

En tabla I y II se resumen los antidepresivos y psicofármacos utilizados por los pacientes.

Tabla 1. Descripción de antidepresivos prescritos por frecuencias porcentuales

Antidepresivo	Número de pacientes	Porcentaje del total (n = 313)
memantine	26	9.85%
donepecilo	20	6.38%
mimodipina	5	1.59%
vitamina E	4	1.27%
Idebenona	4	1.27%
acetilcartinina	3	0.95%
Ginkgo biloba	3	0.95%
dihidroergotoxina	3	0.95%
galantamina	2	0.63%
rivastigmina	2	0.63%
Flunarizina	2	0.63%
Bifemelano	1	0.31%
Piribedil	1	0.31%
total de las prescripciones para la cognición	99	100%

Tabla 2. Descripción de psicofármacos prescritos por frecuencias porcentuales

Psicofármacos	Número de pacientes	Porcentaje del total (n = 313)
Benzodiacepinas	88	28.11%
Antidepresivos	37	11.82%
Neurolepticos	29	9.26%
Hipnóticos	7	2.23%
total de las prescripciones de psicofármacos	161	100%

Acto de la prescripción según registro de indicadores básicos del uso de medicamentos

El número total de prescripciones fue de 890 en relación a un número total de casos registrados fue de 313. El número medio calculado de los medicamentos generales por paciente fue de 2.84 (890 /313).

El número de prescripciones relacionadas con cognición fue de 99. El número medio calculado de los medicamentos para trastornos cognitivos por paciente fue de 0.31 (99/313).

El número de pacientes medicados con fármacos para la cognición fue de 65. El cálculo del número medio de pacientes medicados con fármacos para la cognición fue de 0.20 (65 /313).

El porcentaje de consultas en que se prescribió un medicamento para trastornos cognitivos fue del 20 %.

El porcentaje de consultas en que se prescribió un psicofármaco fue de 39.93 % (n = 125).

Análisis de subgrupos

Se analizaron los pacientes medicados con inhibidores de colinesterasa y memantine según diagnóstico final (Figura 1 y 2).

Entre los pacientes con deterioro cognitivo leve (n = 47) estaban medicados sin diagnóstico el 12.76% (2 con Idebenona, 1 con Nimodipina, 2 con donepecilo y 1 con memantine). Entre los pacientes con evaluación normal el 5.74% estaban medicados con antidepresivos y fármacos usados para los trastornos cognitivos (2 casos con memantine, 2 con vitamina E y 1 con Ginkgo biloba).

Figura 1. Porcentajes de pacientes medicados con inhibidores de colinesterasa clasificados por diagnóstico

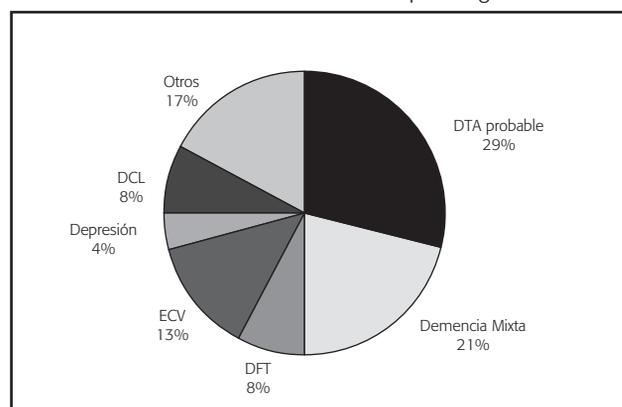
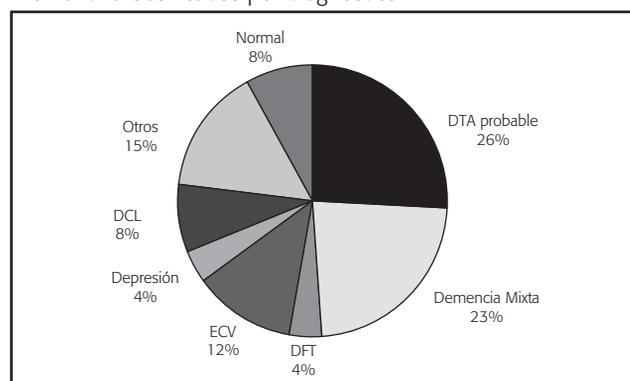


Figura 2. Porcentajes de pacientes medicados con memantina clasificados por diagnóstico



DTA: demencia tipo alzheimer; DFT: demencia fronto temporal; ECV: enfermedad cerebrovascular; DEMENCIA MIXTA: Alzheimer con componente vascular; DCL: deterioro cognitivo leve; OTROS: pacientes en estudio o patologías infrecuentes.

Análisis cualitativo de la calidad de la prescripción

Costo medio de los medicamentos para los trastornos cognitivos por consulta

El costo de los Medicamentos para los trastornos cognitivos fue calculado al 100% valor de precio de venta al público (año 2007) para cada una de las marcas comerciales registradas por paciente. La información fue recolectada de los precios publicados en Alfabet@. La media de gasto mensual por paciente fue de \$ 99.43. El costo de este tipo de medicamentos representó un 19.72 % de los ingresos del paciente si los tuviese que comprar sin cobertura médica. Pami otorga un 40% de descuento para los antidepresivos. Cabe aclarar que durante el análisis se detectó un subgrupo de pacientes que eran tratados con muestras médicas, cambiaban de marca comercial, suspendían el tratamiento ó desconocían algún dato necesario del fármaco que consumían. Este subgrupo, detectado durante el estudio, fue excluido para el análisis del promedio de costo mensual.

En tabla III se resume la forma de pago de los medicamentos en los últimos 3 meses.

Tabla 3. Forma de pago de los medicamentos

Pago	Porcentaje
Total	25%
PAMI	32%
Parcial (otra cobertura)	17%
Salud Pública	6%
Muestras médicas	4%
Descuento con bono del laboratorio	16%

Discusión

El presente estudio está basado en la práctica clínica asistencial sobre el uso de antidepresivos en nuestro país. Los costos implicados por demencia son altos para el sistema de salud y el gasto por medicamentos no ha sido completamente estudiado en nuestro país. En EE. UU. se estima un costo anual por paciente con demencia tipo Alzheimer de grado leve en US\$ 14.408, ascendiendo a US\$ 36.132 en aquellos con deterioro severo. Esto infiere un costo nacional de US\$ 50 billones (21).

En nuestra población proveniente de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires, la media de ingresos por mes en pesos argentinos fue de 502.81 (US\$ 152 dolares) y los ingresos estaban por debajo del nivel de pobreza. El certificado de discapacidad solo cubrió el 21% de los pacientes con demencia.

La media de gasto mensual por paciente que generó este tipo de medicamentos fue de \$ 99,43 para el año 2007. Ha sido publicado en nuestro país que el costo directo correspondiente al tratamiento farmacológico en la enfermedad de Alzheimer fue de US\$ 450 en un período de 3 meses (3).

El porcentaje de consultas en que se prescribió un medicamento para trastornos cognitivos fue del 20 %, en especial Donepecilo y Memantina. Llamó la atención el uso de antidemenciales en deterioro cognitivo leve (12.76%) y en sujetos normales (5.74 %). Ha sido publicado previamente que se utilizan antidemenciales en deterioro cognitivo leve (30).

Esta observación podría interpretarse en varias formas:

1. Podrían ser pacientes que reciben este tratamiento en forma errónea;

2. reciben tratamiento por neurólogo especializado capaz de detectar al subgrupo de deterioro cognitivo leve que en realidad son Alzheimer predominancia (criterio propuesto por Dubois y sugerido en los nuevos criterios publicados recientemente) (13, 6).

Acorde a los diagnósticos llamó la atención los pacientes que recibieron inhibidores de colinesterasa con indicación "fuera del prospecto" autorizado por la FDA (Food And Drug Administration) (14); es el caso de la demencia frontotemporal y el deterioro cognitivo vascular.

Si bien son pocos los casos (5%), nuestra muestra registró pacientes con Flunarizina, Dihidroergotoxina y Nimodipina. Además recibieron Antioxidantes Vitamina E, Idebenona y Ginkgo biloba. De los fármacos registrados sólo donepecilo, galantamina, rivastigmina y memantina son los citados por la guía de la Sociedad Neurológica Argentina (2) u otras guías nacionales (1) e internacionales (12, 24).

No se encontraron publicaciones oficiales, tampoco informes del PAMI, sobre la prevalencia de uso de estos medicamentos en nuestro país. Estimamos que este tipo de prescripción debe ser mucho mayor en la práctica general dado que nuestra muestra presenta cierto sesgo de pacientes derivados a un centro especializado.

El porcentaje de consultas en que se prescribió un psicofármaco fue de 39 %. Los psicofármacos tipo benzodiazepina pueden alterar la conducta en pacientes con demencia, producir amnesia anterógrada y cuadros paradójales con mayor riesgo en pacientes añosos (25). Casi un 30% de los pacientes recibió algún tipo de benzodiazepina. Los antidepresivos y antipsicóticos por su efecto antihistamínico y antimuscarínico pueden producir sedación, caídas y pérdida de memoria (9). Los antipsicóticos atípicos y típicos pueden desencadenar eventos cardiovasculares y aumentar la mortalidad en pacientes

con demencia (31, 18, 29). Casi un 20% de los pacientes que ingresaron a nuestro centro recibieron estos medicamentos.

La demencia, a diferencia de otras enfermedades neurológicas discapacitantes y también de alto costo, no está incluida como patología crónica en el PMO de nuestro país. Ningún antidemencial presenta cobertura del 100% por el plan médico obligatorio (Medicamentos del Anexo I de la Resolución 939/00 MS).

Una de las finalidades del presente trabajo ha sido brindar parámetros objetivos que permitiesen describir la situación actual de nuestro país y de diferentes centros de salud en materia de tratamiento de los trastornos cognitivos. No obstante, dado la metodología observacional de este estudio, el mismo presenta las siguientes limitaciones:

1) El costo de medicamentos por paciente presenta múltiples variables no consideradas al inicio del estudio, por ejemplo gran parte de los pacientes se manejaba por muestras médicas o por bonos de descuento del laboratorio.

2) No todos los pacientes saben exactamente que medicamentos reciben, o cambian de forma comercial, el cálculo de costos netos de medicamentos debe interpretarse en este contexto.

3) El 64.85 % de los pacientes fue derivado por un médico neurólogo por lo que podría haber sesgos de la especialización y los errores tener menor magnitud.

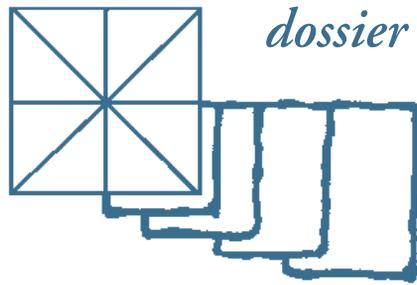
El estudio debería realizarse con una muestra poblacional más amplia y heterogénea (con mayores ingresos y predominio de médicos de atención primaria). En vista de la problemática socioeconómica descrita, cabe preguntarse si corresponde o no la inclusión de la enfermedad de Alzheimer en el plan médico obligatorio. El manejo actual de los pacientes con trastornos cognitivos implica un cambio sustancial en la política sanitaria de nuestro país.

Agradecimientos: El presente trabajo de investigación ha podido realizarse gracias al apoyo económico de *Salud Investiga* (Ministerio de Salud de la Nación) a través de la Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia". Las opiniones expresadas en esta publicación pertenecen a los autores y no necesariamente al Ministerio de Salud o Salud Investiga ■

Referencias bibliográficas

1. Abel C, Allegri RF, Garau L, et al. Consortium Argentino para el Estudio de la Demencia. Treatment of Alzheimer's Disease cognitive symptoms. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*. 2008;19 Suppl:39-47.
2. Abel C, Allegri RF, Arizaga R, et al. Guía de práctica clínica en la enfermedad de Alzheimer. Sociedad Neurológica Argentina. *Revista Neurológica Argentina* 2006; 31: 140-144.
3. Allegri RF, Butman J, Arizaga RL, et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics* 2006; 00: 1-14.

4. Anker M, Brudon-Jakobowicz P, Fresle DA, et al. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales (OMS/DAP). "Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud." Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Organización Mundial de la Salud, 1993. En: <http://www.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2975s/#Jh2975s>; consultado 1/11/08.
5. Arizaga, RL, Mangone CA, Allegri RF. Dementia: a Multidisciplinary Approach Buenos Aires, Editorial Polemos, 2005.
6. Bain LJ, Barker W, Loewenstein D, et al. Towards an Earlier Diagnosis of Alzheimer Disease (Proceedings of the 5th MCI Symposium, 2007). *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22:99-110.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
8. Birks J, Harvey RJ. Donepezil para la demencia en la enfermedad de Alzheimer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 25(1):CD001190.
9. Brunton L, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Edición: 11a. McGraw-Hill, 2006.
10. Courtney C, Farrell D, Gray R, et al. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004; 363: 2105-15
11. Cummings JL, Mega M, Gray K et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-2314.
12. Doody RS, Stevens JC, Beck, RN, et al. Management of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1154-1166.
13. Dubois B, Albert ML. Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *Lancet Neurol* 2004; 3: 246-48.
14. Eschenbach AC. Subcommittee on Retirement and Aging Committee on Health, Education, Labor and Pensions United States Senate "Alzheimer's Disease: FDA's Role In New Product Development". July 17, 2007 En: <http://www.fda.gov/ola/2007/alzheimersdisease071707.html>; consultado 1/11/08.
15. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. Economic evaluation of donepezil in moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63:644-650
16. Folstein ME, 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: 189-198.
17. Freedman M, Learch K, Kaplan E, Winocur G, Shulman KI, Delis D. Clock Drawing: SA Neuropsychological Analysis. New York, NY; Oxford University Press Inc; 1994.
18. Gill S, Bronskill SE, Normand ST, et al. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. *Ann Intern Med* 2007; 146:775-786.
19. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical rating scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatr* 1982; 140: 566-72.
20. Kadoszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H, y Van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331:321-327
21. Leon J, Cheng CH, y Neumann PJ. Alzheimer 's disease. Care: Costs And Potential Savings. *Health Affairs* 1998; 17: 206-216.
22. López-Arrieta JM, Birks J. Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD000147
23. Murman DL, Chen Q, Powell MC, Kuo SB, Bradley JC y Colenda CC. The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology* 2002;59:1721-1729.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (amended septiembre 2007) . En: <http://www.nice.org.uk/guidance/TA111>; consultado 1/11/08.
25. Nemeroff CH B, Kelsey JE, Newport J. Principles of psychopharmacology for mental health professionals. John Wiley & Sons, Inc. 2006; 283-310.
26. Neumann PJ, Hermann RC, Kuntz KM. et al. Cost-effectiveness of donepezil in the treatment of mild or moderate Alzheimer's disease. *Neurology* 1999;52:1138-1145.
27. Olin J, Schneider L, Novit A, Luczak S. Hydergine for dementia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001 ;(2):CD000359.
28. Resolución 310/2004 del Ministerio de Salud. Formulario Terapéutico. Anexo III del PMO. En: http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?opc=bus_norma; consultado 1/11/08.
29. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, et al. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007;176(5):627-32
30. Serrano CM, Allegri RF, Caramelli P, Taragano FE, Camera L. Mild cognitive impairment. Survey of attitudes of specialists and general physicians. *Medicina (Bs. As.)* 2007;67(1):19-25.
31. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medications. *N Engl J Med* 2005; 353:2335-41.
32. World Health Organization. Model Lists of Essential Medicines (updated march 2007). En: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>; Consultado 1/11/08.



¿CUÁNDO TENEMOS QUE INDICAR UNA INTERNACIÓN LOS PSIQUIATRAS?

Coordinación

Esteban Toro Martínez

Martín Nemirovsky

Quienes hemos encarado la elaboración de este dossier, debemos desde el principio responder que no sabemos la respuesta. Pero sí, que hemos aprendido que no debe ser la primera indicación y que no debería ser asumida desde el ámbito de una sola especialidad.

También para responder el interrogante inicial debemos transitar por otros no menos importantes: ¿Cuáles son los principios de la Bioética? ¿Los psiquiatras estamos familiarizados con las nociones de Autonomía, Beneficencia y Justicia? ¿Hemos analizado el significado de las nociones relacionados como el consentimiento y rechazo a una determinada práctica?

¿Las discusiones que existen en la Argentina acerca de la necesidad de la interdisciplina sostenida en una ley, son una controversia original vernácula o es la tendencia mundial más poderosa e irreversible que atraviesa a distintas sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo? ¿Realmente protegemos de sí mismo a través de una internación? ¿Si lo hacemos, siempre obtenemos dicho resultado? ¿Qué pensamos acerca de la capacidad para rechazar o aceptar un tratamiento en un paciente cursando alguna forma de descompensación? ¿Cómo “pensamos” a un paciente descompensado mientras está internado? ¿Cómo es el sistema legal que normatiza nuestra profesión? ¿Lo conocemos? ¿Nos respalda o nos condena? ¿Qué es la libertad? ¿Por qué el campo de la psiquiatría mundial avanza hacia la restricción de las indicaciones de internación? ¿Es la nueva antipsiquiatría?

Motivados en el convencimiento de que la respuesta al último interrogante es por la negativa, el comité de redacción de Vertex decidió elabo-

rar este dossier tratando de brindar nociones sobre este movimiento internacional, que lejos de ser una moda, es la consecuencia de al menos 20 años de sólidos avances en el campo de la defensa de los derechos de los pacientes con discapacidad mental. Por tal razón en este dossier se analiza la internación psiquiátrica ante las situaciones más dilemáticas de la clínica psiquiátrica actual: las adicciones, la urgencia suicida, la “peligrosidad” de un paciente, los fundamentos legales que sustentan una indicación de internación, la necesidad de la interdisciplina, los derechos que entran en tensión en una indicación de internación y el análisis de la cuestión desde la perspectiva del campo de los derechos humanos entendido como marco de referencia y también como instrumento de lectura del entrecruzamiento discursivo que enriquece nuestro ámbito.

Capece aborda la problemática que genera la internación de los pacientes adictos a sustancias. Para ello, desde el análisis de los datos actuales en la Argentina, se plantean los parámetros que marca la Ley 24.455 sobre el plan de tratamiento básico: la internación para desintoxicación y para la rehabilitación residencial. Se identifica la necesidad de centros de desintoxicación y de rehabilitación integral para pacientes duales y la compara con el modelo chileno, por considerarlo como aquel con mejor evidencia de eficacia. Se define la internación y sus bases racionales. Por su parte, Carlsson analiza que la hospitalización sigue siendo una de las alternativas consideradas en primer término por los terapeutas para el tratamiento del suicidio pero que ello se debe, por un lado, a las creencias erróneas de que

el suicidio se puede predecir y que la internación resulta la intervención más eficaz para prevenir la muerte y por el otro, a la alta emocionalidad que surge de la situación y el temor al litigio. El autor expone que la experiencia actual muestra que la internación realizada como respuesta automática frente a un paciente con conductas suicidas conlleva efectos deletéreos significativos, incluso iatrogénicos. Entre ellos se consignan la estigmatización, la disminución de la autoeficacia percibida, la ruptura de los vínculos terapéuticos y el refuerzo positivo en las conductas autoagresivas no fatales. Distinguir entre las diferentes situaciones incluidas dentro del espectro suicida y considerar las conductas suicidas como un modo disfuncional de resolución de conflictos permite hoy desarrollar estrategias terapéuticas apropiadas para cada caso, permitiendo -por ende- acotar las indicaciones de la internación. Gagliesi propone una modalidad de abordaje protocolarizado para el tratamiento de pacientes suicidas como posibilidad de intervención en dichas crisis.

Decíamos que en este dossier nos proponíamos fomentar el debate en torno a la cuestionada indicación de internación que ha recibido numerosas y coherentes críticas a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado y que se han plasmado en los diferentes marcos legales, sean Convenciones de Derechos Humanos o las propias leyes nacionales en las últimas dos décadas. La tendencia mundial y nacional avanza hacia un acotamiento progresivo de la indicación de internación psiquiátrica, entendida ésta como una restricción de la libertad.

Por tales razones, los contenidos de este dossier abarcan revisiones de carácter más técnico, como las precitadas, en cuanto a qué dicen los consensos de la especialidad acerca de cuándo indicar la internación en la urgencia, en los pacientes aquejados por los trastornos de la personalidad o en los cuadros de adicciones pero también incluye trabajos que abordan específicamente las cuestiones de las leyes, la bioética, la interdisciplina y aspectos médico legales. Precisamente, dichas emergencias "multicausales", difíciles de encuadrar en una taxonomía y/o paradigma son las que Sobredo, Amendolaro y Laufer Cabrera proponen conceptualizar como "situaciones clínicas complejas". Precisamente en

su artículo postulan al desarrollo en el campo de los Derechos Humanos como una perspectiva desde la cual "leer" nuestra práctica clínica. En dicho trabajo historizan los momentos claves que constituyen dicho campo y cómo en la actualidad la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se transforma en un norte y en un instrumento específico de alto impacto en nuestro quehacer cotidiano. En relación con este planteo, Bustin reseña cómo es el sistema legal para Salud Mental en Inglaterra, apreciándose que en definitiva dichos principios se encuentran también plasmados en su sistema legal. Esto es la internación como elección de última instancia, multidisciplinaria (se destaca el rol que a los trabajadores sociales dicha ley les asigna), el control judicial y la presunción de capacidad plena. Es muy interesante apreciar cómo Derechos Humanos y respeto por la autonomía del paciente pueden ir de la mano de una psiquiatría vigorosa y productora de datos duros que hacen progresar los conocimientos de nuestra disciplina sin perder una visión social de la misma (basta leer cualquier índice de la revista *British Journal of Psychiatry*). Por su parte, Ghioldi y Toro Martínez, analizando algunos fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y realizando una revisión con espíritu crítico del concepto de peligrosidad, alertan a los colegas acerca de las consecuencias penales que el desconocimiento de los marcos regulatorios nacionales e internacionales implica al tiempo que proponen una conceptualización de los dos tipos de internación fundadas en la presencia o no de riesgo grave, cierto e inminente. En consonancia con la tendencia mundial resaltan el carácter interdisciplinario de tal indicación, en donde debe compartirse no sólo la decisión sino también la responsabilidad, abogando por el transvasamiento del control de seguridad al estado a cargo del poder judicial.

Deseamos que este dossier oficie de disparador de la reflexión, del debate y de la suma de propuestas, con la esperanza de generar desde el propio campo de la especialidad los cuestionamientos y las ideas que mejoren la dignidad, la salud y la seguridad legal de nuestros pacientes y de nosotros mismos en la práctica de nuestra vocación profesional ■

La internación en el paciente adicto

José Capece

*Médico psiquiatra. Docente universitario
Ex presidente del Capítulo de Drogodependencia de APSA
Codirector del Curso de Postgrado sobre Adicciones, Dirección de Capacitación e Investigación del GCBA
Miembro de la National Hispanic Science Network on Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse
Supervisor de Residencias de Salud Mental
E-mail: jcapece@intramed.net*

Introducción

Una de las temáticas que más controversias viene generando en los últimos tiempos en el terreno de la investigación en adicciones, es el rol de la internación en el tratamiento de los pacientes adictos. Esta controversia se funda en el debate, por un lado, sobre el costo social de las adicciones que continúa en ascenso y por el otro, sobre el encarecimiento de los tratamientos y en particular de las internaciones. El debate llega necesariamente sobre la eficacia de las diferentes modalidades de tratamiento y desde allí a la relación costo-efectividad. Ante el crecimiento del consumo en nuestras latitudes, tanto

de cocaína (ya como clorhidrato o como base), alcohol y marihuana, y el desarrollo de psicopatología agregada, la actualización de los objetivos y criterios clínicos de la indicación de hospitalización pasa a ser un imperativo sanitario.

Este debate ha quedado condicionado históricamente por criterios ideológico-políticos, más recientemente por criterios financieros y lo que menos abunda es la información fundada en datos clínicos basados en investigación. La idea de este artículo es repasar los criterios de indicación de la internación y realizar una actualización

Resumen

Repasamos los criterios de internación del paciente con trastorno por dependencia de sustancias, teniendo en cuenta las controversias actuales y el peso de la evidencia en la investigación en relación a eficacia clínica y efectividad. Desde los datos actuales en la Argentina, se plantean los parámetros que marca la Ley 24.455 sobre el plan de tratamiento básico: la internación para desintoxicación y para la rehabilitación residencial. Identificamos la necesidad de centros de desintoxicación y de rehabilitación integral para pacientes duales como perentoria. Se definen los criterios según convalidaciones internacionales. Discutimos las ventajas y desventajas de la internación. Finalmente, se concluye en la necesidad de un sistema donde los dispositivos se adecuen a las necesidades epidemiológicas, y que el clínico maneje la información actualizada.

Palabras clave: Internación - Criterios - Controversias - Eficacia - Efectividad - Ley 24.455 - Desintoxicación - Rehabilitación residencial - Centros integrales - Diagnóstico dual - Manejo estratégico.

INPATIENT TREATMENT IN THE ADDICTED PATIENT

Summary

We review the patient hospitalization criteria for Substance Abuse Disorder, taking into account current controversies and the weight of the evidence in the investigation in relation to clinical efficacy and effectiveness. We raise the parameters that mark the 24.455 law on the basic treatment plan from the current data in Argentina, which are inpatient detoxification and residential rehabilitation. We identify the need for detoxification and comprehensive for dual patients rehabilitation centers as peremptory. Criteria are defined according to international validation. We discuss the advantages and disadvantages of hospitalization. Finally, we conclude in the need for a system where devices appropriate epidemiological needs, and that the clinical handle current information.

Key words: Hospitalization - Criteria - Controversies - Efficiency - Effectiveness - Law 24.455 - Detoxification - Residential rehabilitation - Comprehensive centers - Dual diagnosis - Strategic management.

según la investigación sobre la efectividad y eficacia de esta modalidad de tratamiento.

Datos Argentinos

Según la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y La Auditoría General de la Nación (AGN) en nuestro país existirían al menos 600.000 personas dependientes de cocaína, aunque según la Junta Internacional de Control de Estupefacientes (JIFE/OMS) las cifras serían mayores. Durante el año 2009 se habrían asistido directamente unas 600 personas por la SEDRONAR, de las cuales cerca de la mitad habrían sido internados. El presupuesto anual 2009 da cuenta de 9.401.000 pesos en asistencia según el ministerio de economía (26). Por otro lado, en promedio se han pagado 2000 pesos por mes en internaciones. En los últimos tres años (2006-2009) se habrían internado 2700 personas al menos un mes y 700 terminaron el tratamiento. Se cuentan con un total de 2980 camas en todo el territorio nacional, con una distribución errática de, por ejemplo, 60 camas cada 100.000 habitantes en Tierra del Fuego, 36 en la Provincia de Buenos Aires y 12 en la Ciudad de Buenos Aires.

Un modelo paradigmático: el caso chileno

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del gobierno chileno (CONACE) (29) viene trabajando desde 1990 desde las políticas públicas sobre la problemática del consumo de drogas. Presentamos aquí las estrategias en internación propuestas por el CONACE, por ser este país hermano el único en toda América y uno de los pocos en el mundo que ha podido, mediante políticas públicas sostenidas a lo largo de 20 años, estabilizar el consumo de drogas ilícitas, disminuyendo la demanda y aumentando la percepción de riesgo social. El consumo actual de cocaína (base y clorhidrato) presenta una prevalencia del 1,9% en la población general. Para comprender el impacto de la incorporación del tratamiento de drogas a la salud pública, es necesario señalar que en 1999 CONACE financió a 311 personas en 109 centros públicos y privados, en modalidades ambulatoria y residencial mientras en el año 2005 la cobertura fue de 12.300 personas. Ahora bien, ¿cuándo se interna en Chile? “La internación para rehabilitación solamente se indica en personas con dependencia a drogas y compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos y reincidencia, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar ni social, con trastorno psiquiátrico severo, además de profunda autopercepción de inoperancia e improductividad).” Se realiza por 10 meses y un seguimiento posterior de 3. El modelo chileno se ha transformado en el “patrón oro” de las políticas públicas de la región por la metodología implementada basada en investigación, por la formación permanente de recursos humanos y por la eficacia en los resultados.

Definiciones

Actualmente denominamos *internación de pacientes adictos* a una variedad de formas de tratamiento que tienen lugar en contextos diferentes. La internación implica la desintoxicación y la rehabilitación, ya sea en forma combinada o en forma secuencial. Hablamos tanto del contexto médico, el psiquiátrico general o la internación especializada. Esta última puede ser en hospitales generales, en psiquiátricos o en comunidades terapéuticas. Según la legislación actual, desde 1997, en nuestro país se contempla un programa terapéutico básico para las adicciones, que incluye la internación tanto en la modalidad residencial como en la etapa de desintoxicación (17).

En la Argentina, el Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción previsto en la Ley 24.455 establece:

Programa residencial de rehabilitación: “Prestación destinada a quienes en situación de crisis socio-ambiental o personal-familiar no puedan acceder a la modalidad ambulatoria o en centro de día. Así como a aquellas personas cuyo deterioro por su consumo de sustancias psicoactivas esté complicado con comportamientos que pongan en peligro al propio sujeto como a su grupo conviviente. Así como también a aquellos pacientes cuyo patrón de uso compulsivo le impida sostenerse en las modalidades prestacionales ambulatorias y/o que le ocasionara fracasos en sus anteriores intentos de tratamiento. Una indicación específica de internación en Comunidad Terapéutica es en el caso de personalidades llamadas antisociales estabilizadas en el desarrollo de una conducta toxicómana. O bien en el caso de menores de 18 años, niños o adolescentes con trastorno disocial, complicados con trastornos por consumo de sustancias.”. Más allá de las múltiples modalidades, métodos, filosofías de rehabilitación, todas las formas de tratamiento de rehabilitación tendrán como objetivos:

1. Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación
2. Iniciar, alcanzar la abstinencia y sostenerla
3. Promover el modelaje y sostenimiento de cambios que lleven a mejorar el cuidado de la salud personal, la función social y reducir las amenazas a la salud pública.
4. Enseñar y motivar cambios en el estilo de vida incompatibles con el consumo de sustancias (23).

Centros de desintoxicación: Dice la Ley: “internación especializada en la emergencia de las drogodependencias que se diferencian de los Servicios de Toxicología existentes que atienden las Urgencias Toxicológicas en general. Como servicio de emergencia deberá contar con: atención médica especializada en la intoxicación aguda (Toxicología, Psicofarmacología, Psiquiatría, Clínica Médica, Cardiología, Nefrología); atención médica especializada en los cuadros de dependencia fisiológica, abstinencia, cronicidad en el consumo complicada con deterioro orgánico severo; laboratorio de análisis clínicos de alta complejidad; equipo multidisciplinario para el

abordaje integral de la persona luego de la intervención en el episodio agudo. Es necesario que su instalación sea dentro de una Institución Sanitaria de Alta Calidad Prestacional que favorecerá las interconsultas dentro de la inmediatez que marque la urgencia en cada caso. Atenderán los casos de sobre dosis o intoxicaciones agudas”.

“Una vez equilibrado el plano orgánico de la desintoxicación se intenta comenzar la desafección a fin de evitar la re-incidencia de los episodios agudos y la recuperación integral del paciente, aprovechando la situación en crisis como momento de acogida, entrevista de evaluación diagnóstica provisional y entrevista motivacional y pasaje a uno de los tres primeros programas ambulatorios.” Se contempla una duración para la internación de hasta un mes en caso de desintoxicación, 12 meses en Comunidad Terapéutica, y hasta 24 en caso de comorbilidad psiquiátrica.

Es importante considerar que si bien la ley ya contemplaba la creación de centros especializados de desintoxicación, lamentablemente sólo se han podido crear muy pocos como es el caso del Hospital “Evita” de Lanús o en el Hospital “Mercante” de José C. Paz. Mientras en la ciudad de Buenos Aires sólo se cuenta con el Hospital Fernández, pero que posee un servicio de Toxicología General, no específico.

Estos servicios aparecen como imprescindibles a la hora de diseñar una estrategia sanitaria seria y eficaz ya que son sumamente útiles para el clínico y su paciente. Las urgencias en adicciones, si bien pueden ser de alto riesgo para la vida del paciente o para terceros (como es el caso de cuadros de delirium por intoxicación cocaínica, generalmente asociado a ideación paranoica o el cuadro de abstinencia inmediata de cocaína o “crash”, con ideación de muerte y agitación psicomotriz), remiten fácilmente con medicación y asistencia específica. Las clínicas psiquiátricas no son el lugar recomendado para atender esta circunstancia clínica y en las emergencias generales, si bien resuelven las crisis, fallan a la hora del abordaje específico integral y la derivación estratégica. El lugar específico de atención serían los centros de desintoxicación.

El propósito de esta fase del tratamiento no es “curar” (23), tampoco alcanzar la sobriedad. Más allá de resolver la urgencia, el objetivo es preparar al paciente para iniciar la fase de rehabilitación o reiniciarla en caso de recaída. Es una fase clave de preparación, promoción y motivación para el cambio que generalmente los clínicos las llevamos a cabo en internaciones domiciliarias, frente a la escasez de recursos institucionales, públicos y privados y a fuerza de sobre-adaptación a la realidad y con el riesgo que el voluntarismo conlleva.

Programas integrales: los pacientes duales

La coexistencia de los trastornos por abuso de sustancias junto con otros trastornos mentales, generan una nueva realidad clínica, sumamente heterogénea y de difícil definición diagnóstica: los llamados pacientes

duales o comórbidos. Existe, sin embargo, acuerdo hoy en día en que el mejor tratamiento para este tipo de pacientes es aquel que integra los dispositivos en una misma institución, en un mismo tiempo, en un mismo equipo. La disociación entre ambos trastornos induce a errores estratégicos ya que es frecuente encontrar tratamientos también disociados o secuenciales. Es decir, nos encontramos con tratamientos focalizados primariamente en lo psiquiátrico o con centros especializados en adicciones con psiquiatras que prestan servicio como consultores. Si bien la evidencia sobre investigación para tratamientos integrales en internación en duales es escasa, ya sabemos que aquellos programas que proveen mayor integración del tratamiento, presentan mejor efectividad. Si bien la evidencia es prometedora, su aplicación en nuestro medio todavía es muy infrecuente (2, 21).

El fundamento racional del abordaje integral es que la probabilidad de recuperación de una persona con desórdenes comórbidos aumenta significativamente si el tratamiento se hace frente en forma coincidente hacia ambos trastornos al mismo tiempo. La elección de la modalidad de tratamiento en los pacientes duales se hará teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad, el nivel de motivación y el cuadro sintomático presente (por ej. abstinencia aguda, síntomas psiquiátricos inducidos por la sustancia) (3, 15).

En nuestro medio, al ser más frecuentes los tratamientos disociados o secuenciales, se suele cometer el error de “psiquiatrizar” al paciente adicto en las clínicas: utilizando medicación de más, generalmente inapropiado uso de antipsicóticos y falta de tratamientos psicossociales específicos. En las comunidades “ortodoxas”, rechazan o niegan la existencia de la comorbilidad, por lo que desatienden el uso de la medicación y el seguimiento selectivo de la patología. En ambas circunstancias, obviamente en detrimento de la evolución del cuadro. Las recomendaciones actuales focalizan en el uso racional de la medicación específica, tratamientos más prolongados, seguimiento psiquiátrico a largo plazo, intervenciones psicossociales apropiadas: entrevistas motivacionales, estrategias de prevención de recaídas y cognitivo-conductuales. Como así también manejo de cada caso en forma personalizada (3).

Existen investigaciones recientes que fundamentan los tratamientos integrados en contextos ambulatorios (36), en ellos se subraya mejores niveles de eficacia y adherencia por sobre los tratamientos secuenciales. En internaciones los estudios son más escasos. En un meta-análisis de 10 estudios controlados sobre programas residenciales para pacientes duales (2), se concluye que aquellos programas que proveen mayor integración del dispositivo son los más efectivos y la evidencia sugiere que se requiere mayor investigación para establecer la efectividad de cada programa. A pesar de que este abordaje es prometedora, los contextos de tratamiento para las adicciones son enormemente variables en la aptitud y la posibilidad de proveer tratamientos de esta característica (21).

Ventajas y desventajas

Si se compara la eficacia relativa entre los tratamientos, ya como ambulatorio o como internación, los resultados varían según la metodología aplicada. De hecho, esta pregunta así planteada “¿qué es mejor, el tratamiento ambulatorio o la internación?” hoy podría ser considerada como absurda si tenemos en cuenta que se comparan diferentes categorías o encuadres. Los objetivos, como así la estructura del enfoque del tratamiento en su totalidad, son diferentes en los tratamientos de pacientes internados o ambulatorios. Preguntarse por la importancia del tratamiento en internación de los pacientes adictos es lo mismo que preguntarse sobre el uso de la internación en el tratamiento de patologías crónicas como el asma o la diabetes. Estas son todas patologías crónicas, recurrentes; para toda la vida, para las cuales la internación se debe tener en cuenta ante las complicaciones y como modalidad de tratamiento a tener en cuenta en el manejo clínico a lo largo de la vida del sujeto.

Ahora bien, ¿cuáles serían las ventajas específicas de la internación, cuáles serían los pacientes que más la aprovecharían? Los estudios de la década del 90 son contradictorios en relación a efectividad y ventajas comparativas entre una y otra modalidad. Los estudios más recientes aclaran mejor la cuestión (8, 9). En un estudio longitudinal naturalístico, usaron los datos de la admisión para examinar los factores asociados a porcentajes de abstinencia post-tratamiento en diferentes contextos. En el caso de pacientes con ideación suicida al inicio del tratamiento, los porcentajes de abstinencia fueron mejores en internación, al igual que los pacientes con alcoholismo grave, aislamiento social, y desempleo (12). Comprobaron lo mismo en pacientes con intentos suicidas en los 30 días previos, con un seguimiento a 6 meses: los porcentajes de abstinencia fueron mejores en los internados (32) y demostraron que a *mayor gravedad alcohólica y adictiva* (según la escala de gravedad de las adicciones) mejores resultados en internación.

La mayoría de los estudios de pacientes internados han encontrado que los siguientes grupos tienen una mejor prognosis: mayor edad, casados, alcohólicos “puros”, pacientes cuyas familias participan en el tratamiento (10). Asimismo, pacientes con *mayor apoyo social* para sostener la sobriedad, aquellos que utilizan la *administración endovenosa* y aquellos que presentan *conductas antisociales*. En relación a la psicopatología asociada, a nivel del eje II, no se ha encontrado una diferencia significativa en los resultados en relación a la existencia de una ventaja de la internación por sobre el tratamiento ambulatorio (33). Incluso podría ser perjudicial por la fuerte tendencia en los pacientes limítrofes de quedar mimetizados frente a otras patologías. En este caso es clave el criterio estratégico dentro del proceso terapéutico más allá del diagnóstico médico-toxicológico.

La inestabilidad en el domicilio es un fuerte condicionante para determinar el tipo de tratamiento: incluso en los pacientes adictos sin hogar, éstos se benefician enormemente de los programas residenciales de tipo comunitario. Kertesz y cols. (14) encontraron que los

pacientes dependientes sin hogar que reciben tratamiento residencial, aunque sea breve, presentan la mitad de readmisiones que aquellos que reciben tratamientos de otras modalidades.

La hospitalización permite un mayor nivel de supervisión médica y seguridad para los individuos que requieren monitoreo físico o psiquiátrico intensivo (36). Estará indicado, por lo tanto, para pacientes con condiciones médicas de riesgo o para aquellos que representen un riesgo agudo. La intensidad de la internación como tratamiento puede ser útil para pacientes que, por cualquier razón, no responden a otras medidas terapéuticas. Por ejemplo, en forma estratégica, puede ayudar al paciente a interrumpir el ciclo del consumo, aún ante la ausencia de síntomas de abstinencia de riesgo. La seguridad del entorno de la internación y un período de descanso del aluvión de estímulos condicionados pueden ayudar a algunos pacientes a romper el ciclo y continuar la recuperación. Puede servir como medida, también estratégica, al posibilitar un período de abstinencia, como herramienta motivacional o contingencial.

Como desventaja paradójica del factor protector de la internación es la falta de disponibilidad de la sustancia como determinante del *craving* o anhelo compulsivo de consumo. Los pacientes internados pueden no experimentar la urgencia de consumo simplemente porque no se encuentra dentro de sus posibilidades, por lo que no se preparan completamente para maniobrar las ganas que seguramente padecerán una vez cumplida la internación, cuando vuelvan a su ambiente habitual con disponibilidad de drogas (25). Este fenómeno es sumamente frecuente incluso en tratamientos muy prolongados, con resultados negativos donde el paciente puede volver a estadios del proceso de cambio muy precoces. También hay que tener en cuenta que la internación no deja de ser una construcción artificial que dista mucho de la realidad del entorno del paciente. La familia multi-problemática (cuando existe), el grupo de pares también dependiente y un medio ambiente hostil suelen ser fuertes condicionantes del proceso adictivo y que, de no entrenarse el paciente adecuadamente termina definiendo negativamente el resultado del tratamiento.

Otras desventajas de los tratamientos bajo internación, que no por obvias son menos reales: primero que es más caro tanto para el paciente (ver “resultados” más adelante), como para el sistema de salud. Luego, que implica la imposibilidad de sostener un trabajo en aquellos pacientes que logran mantenerlo a pesar del consumo. Tampoco pueden cuidar sus familias, estudiar o conducir su vida diaria. Finalmente, todavía existe la estigmatización del paciente como resultado de la internación.

Las internaciones compulsivas

Un párrafo aparte merecen las internaciones compulsivas o contra la voluntad de la persona. Esta modalidad de intervención, frecuente en la psiquiatría general ante los casos de peligrosidad, adquiere características diferenciales en los pacientes adictos ya que en la mayoría de los

casos, no se trata de sujetos con manifestaciones psicóticas o delirantes persistentes sino momentáneas y donde el riesgo en la mayoría de los casos no es inminente sino potencial, y en todo caso es fluctuante y crónico.

En tanto el paciente consume sustancias psicoactivas, el riesgo potencial persiste. La recaída, como en toda patología crónica, forma parte de la evolución natural de la enfermedad. Si hay recaída habrá riesgo, por lo tanto el riesgo no es criterio per se de internación. Muchas veces el riesgo es el mismo luego de una internación prolongada. Es aquí donde los márgenes entre la intervención clínica y la ética se estrechan ya que la libertad del sujeto dependiente queda en manos, en parte, de la decisión del psiquiatra, más allá de las garantías constitucionales y la protección judicial. En estas circunstancias es fundamental que el clínico esté atento a no caer en situaciones de abuso de poder.

Cuando esta herramienta es usada en forma habitual y pasa a ser la norma se genera una perversión del sistema. Sin dudas las familias y los clínicos empezaron a utilizar las intervenciones judiciales y se popularizó el artículo 152 del código civil ante la falta de respuestas eficaces del sistema de salud, sobre todo ante la falta de tratamientos ambulatorios adecuados que cumplieran con criterios basados en investigación. Luego de la crisis del 2001, frente a la nueva epidemia de la pasta base de cocaína y con el sistema de salud en crisis y sin respuestas, frente a la desesperación de verse sin asistencia específica, las familias comenzaron a inundar los tribunales con demandas de tratamiento, creyendo que esta sola acción garantizaba un mejor resultado o al menos dejaba tranquilas las conciencias... Cuando la medida es usada arbitrariamente el paciente sale como entra, vuelve a consumir de inmediato, el vínculo terapéutico aparece fracturado, las instituciones saturadas y el juez sobrecargado de tareas de la cual no llega a ocuparse convenientemente.

El sistema sobrecarga especialmente a los profesionales más jóvenes que se ven duramente presionados entre la realidad clínica del paciente por un lado, parte de la familia por otro, parte en la postura opuesta, amenazas de intervenciones judiciales, el sistema público sin camas disponibles o con tratamientos ambulatorios obsoletos y expulsivos y un sistema privado caro y estandarizado que no contempla la singularidad del paciente.

Desde el punto de vista clínico, la internación puede resultar útil en situaciones particularísimas:

Por ejemplo, resulta útil en donde es imposible establecer una alianza terapéutica firme y asimétrica o en el caso de pacientes bipolares adictos a cocaína a predominio maníaco, cuando existe una relación automática entre sexualidad, cocaína y situaciones de extremo riesgo. Siempre hablando de estos casos en la circunstancia que la continuidad del consumo activo y permanente de cocaína donde la internación domiciliaria es imposible porque no hay red primaria familiar de cuidado ni secundaria (con acompañantes terapéuticos o gente allegada que quiera ayudar al paciente). Cuando desde el vínculo terapéutico es imposible maniobrar con estrategias psicoterapéuticas, por ejemplo las motivacionales.

Y no hay adherencia a los grupos de ayuda mutua o a otros grupos psicoterapéuticos o en otras modalidades terapéuticas ambulatorias.

La internación compulsiva es una medida de intervención extrema que únicamente es eficaz cuando, si bien se prioriza en la urgencia, es cuidadosa de toda la complejidad de las necesidades del paciente. Siendo de suma importancia que el clínico sea particularmente sensible y atento, en cada gesto, como decíamos, a cualquier manifestación de abuso de poder.

Bases racionales para la internación de pacientes: criterios de internación absolutos y relativos

Mientras en los países centrales las controversias respecto del costo de la internación ha llevado a los clínicos a internar en forma menos frecuente y por períodos de tiempo más breves (19), en nuestro medio la variable económica no ha influido en la duración de la internación.

Se pueden encontrar variados criterios para internar pacientes adictos, así los sistemas de salud, públicos o privados, grupos de profesionales, u hospitales dan cuenta de sus prioridades y estrategias. Existe amplio consenso avalado por organismos internacionales como La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) y la International Society of Addiction Medicine (ISAM) en proponer los ASAM Patient Placement Criteria, (24) o criterios de derivación de pacientes de la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones. Existen múltiples trabajos que validan la predictibilidad de dichos criterios (16, 18). Allí se alistan seis áreas que deben ser evaluadas integralmente para ayudar a determinar si un paciente requiere internación, hospital de día, o tratamiento ambulatorio menos intensivo. Estas áreas son: 1) *intoxicación aguda y/o potencial abstinencia*; 2) *causas o complicaciones de índole médica*; 3) *causas o complicaciones emocionales, conductuales o cognitivas*; 4) *disponibilidad para el cambio*; 5) *posibilidad concreta de recaídas, uso continuado o problemas constantes* y 6) *entorno de vida y de recuperación*. Lo que se recomienda fuertemente en la literatura, ya sean estos u otros criterios, es la importancia de reconocer la evaluación multidimensional para determinar el plan integral de tratamiento óptimo para un paciente adicto.

Una vez completada la evaluación, finalmente se deben considerar dos cuestiones fundamentales para decidir la hospitalización del paciente: 1) si existe un peligro inminente de que el paciente se dañe o dañe a otros y 2) la posibilidad de que el paciente pudiese lograr éxito en su tratamiento en el entorno menos restrictivo posible. Es en el primer caso que podríamos hablar de criterios absolutos.

Pero estas cuestiones a veces pueden ser muy difíciles de evaluar en pacientes que consumen sustancias. Uno de los objetivos de la internación es resguardar la vida del paciente durante un período agudo de riesgo.

Es aquí donde debemos detenernos un instante ya que es este un punto delicado de la clínica de las adicciones y es el del entrecruzamiento con la conducta suicida.

El suicidio en jóvenes se cuadruplicó desde 1970 siendo la patología adictiva la causa de dicho incremento.

Existen estrategias que la psiquiatría aporta para prevenir el suicidio evaluando el riesgo, pero en el caso de los adictos es más complejo. No existen predictores sensibles, ni específicos, ni fiables. De hecho, por ejemplo, la asociación del espectro bipolar con el consumo de cocaína, implica, per se, un riesgo alto permanente e impredecible de suicidio, o el caso del consumo de alcohol en pacientes depresivos es uno de los factores precipitantes más frecuentes en los suicidios consumados. Esto, por supuesto, no implica que tengamos que internar todos los bipolares y a los depresivos adictos.

Criterios relativos de internación

- La internación como proceso terapéutico:

Seguramente no tendremos duda ante un intento suicida violento reciente o ideación homicida en un paciente que se encuentra con consumo de drogas. Lo complejo es tomar la decisión en fases de transición con sentido terapéutico. Por ejemplo, para posibilitar cierto cambio en el proceso y generar disonancias en su sistema de creencias. Estamos hablando de personas que presentan un riesgo crónico recurrente. La clave está en accionar en el momento oportuno, lo que exige del clínico la atención y pericia para ir acompañando el proceso con el paciente y su familia. Hablamos de sincronización, "timing", para operar con sentido contingencial o cognitivo, es decir la posibilidad de modificar las conductas a partir de evaluar las consecuencias de los actos y de esta forma ir modificando el sistema de creencias mediante la experiencia y el re-aprendizaje. Ejemplo: aparece la internación como una opción terapéutica a futuro si no se pudiera resolver una situación de riesgo, previamente minimizado o negado por el paciente que también se resistía a un mayor compromiso con el tratamiento.

- Falta de red:

El entorno o virtual red terapéutica, tanto primaria (la familia) como secundaria (amigos, conocidos, compañeros de trabajo), muchas veces es el principal condicionante a la hora de decidir la internación. Independientemente de cuestiones como la psicopatología del paciente, muchas veces se decide la internación por el grado de salud y estabilidad de la red del paciente, pasible de generar o no las condiciones para un tratamiento ambulatorio.

- Pacientes duales:

El tratamiento residencial es el apropiado cuando los pacientes necesitan ámbitos estructurados, seguros y con atención psiquiátrica permanente como el caso de *pacientes duales donde el otro trastorno mental se ha descompensado* y precisan estabilización (pacientes bipolares o esquizofrénicos, por ejemplo); nos referimos a internaciones psiquiátricas, recordando los previamente citados programas integrales. La internación no sólo es una opción ante un riesgo inminente, también lo es cuando el tratamiento ambulatorio ha fracasado.

- Desintoxicación:

La internación también provee seguridad durante *la desintoxicación*. Esto es muy importante para pacientes alcohólicos graves y/o dependientes a benzodiazepinas, ya que pueden tener abstinencias complicadas desde el punto de vista médico, como convulsiones o delirium tremens, incluso con riesgo de muerte. No debemos olvidar que las abstinencias alcohólicas leves y moderadas son de asistencia ambulatoria (36). También en los pacientes con afecciones orgánicas específicas, por ejemplo, cardiovasculares, cerebrales o hepáticas. Remarcamos que nos referimos en estos casos a internaciones para desintoxicación en el ámbito del hospital general, de manejo médico.

- Hipno-analgésicos opiáceos:

Se recomienda la internación en desintoxicación en las abstinencias a múltiples sustancias como hipno-analgésicos opiáceos, muy frecuentes en los profesionales de la salud y para los cuales la literatura recomienda centros de tratamiento especializados gerenciados por las asociaciones médicas y con subvención de las secretarías de salud. No solo se requieren ajustes de medicación o el seguimiento del estado general, sino también una asistencia muy especializada en este grupo vulnerable con serias implicancias sanitarias en la población general.

Resultados de la internación

Buscando diferentes trabajos de investigación sobre los resultados de la internación encontramos lo siguiente:

Stinchfield y Owen (1998) (34), con seguimiento al año del tratamiento en la *Hazelden Foundation* (modelo Minnesota), encontraron un 53% de abstinentes. Wallace y cols. (34), en la *Edgehill Newport*, encontraron un 57% a los 6 meses. Pettinati y cols. (30) hallaron que a los 4 años el 25% continuaba abstinentes. Moggi y cols., en un programa integral de internación para duales, describieron una eficacia del 25% al año. Todos estos estudios fueron hechos sin grupo control, por lo tanto, presentan niveles de fiabilidad bajos por sus limitaciones metodológicas.

McLellan y cols. (23) analizaron las diferencias en los resultados de la internación vs. el tratamiento ambulatorio. Para ello se refirieron a 30 estudios de fines de los 80 que comparan pacientes asignados en forma randomizada a tratamientos bajo internación o en forma ambulatoria en tratamientos de 60 días y se evalúan los resultados a los 12 meses (promedio) post-tratamiento: en la mayoría de los estudios no hay una diferencia significativa en la eficacia de los tratamientos a pesar de la diferencia de contextos tanto en pacientes adictos a la cocaína como al alcohol. Se subraya como conclusión que no aparecen ventajas significativas en los tratamientos residenciales por sobre los ambulatorios, se puntualiza en la sustancial diferencia en los costos (la diferencia del costo sería de 10 veces mayor) y se señala que hubo mayor abandono de paciente en los tratamientos ambulatorios.

Estos estudios han sido decisivos a la hora del diseño de políticas públicas en los 90.

Factores que modifican los resultados en la internación

Dependientes del paciente:

- La persistencia de *psicopatología asociada* al consumo complica el pronóstico luego de la internación, por ejemplo en el caso del TEPT cuya persistencia se asocia con peores resultados (31). Hasin y cols. (7) encontraron una probabilidad tres veces mayor de recaídas en los pacientes que desarrollaron procesos depresivos luego de la internación, los que en general se asociaron a una mayor vulnerabilidad al anhelo compulsivo o *craving*. Pero los síntomas depresivos no afectan negativamente los resultados si éstos son identificados en forma precoz y se da una rápida respuesta integral en el tratamiento (4).

Características del programa que condicionan los resultados:

- Las *entrevistas motivacionales*, diseñadas para facilitar el cambio interno que posibilite una mejor adherencia, son de fácil implementación y han evidenciado, por ejemplo, mejoría en los niveles de concurrencia a los grupos de 12 pasos a lo largo de 6 meses de evaluación en sujetos internados sin experiencia previa (13, 27).

- También existe evidencia que indica que los *grupos de pares* son más influyentes que los terapeutas a la hora de una mayor adherencia al tratamiento, generando mayor eficacia y mejores resultados en la internación (1).

- Diferentes trabajos avalan la importancia sobre las *características personales de los terapeutas* a la hora de evaluar resultados: aquellos terapeutas más contenedores y confiables condicionan la adherencia en el seguimiento incluso luego de la internación. La habilidad para el manejo interpersonal es otra clave que cuenta a la hora de mejores resultados en la internación (6, 22). Estos hallazgos añaden peso para argumentar que las características específicas de los terapeutas afectan sustancialmente los resultados del tratamiento. Cabe agregar la necesidad e importancia que estos recursos humanos se encuentren adecuadamente formados, auditados y supervisados. El encierro es un factor de estrés significativo que lleva a situaciones regresivas incluso para los profesionales, promoviendo el desgaste del personal y la mala práctica.

- Moos y cols. (28) encontraron que los adictos severos de base, con comorbilidad psiquiátrica asociada; presentaban una mejor evolución en los tratamientos ambulatorios o en comunidades si antes realizaban *internaciones breves* de 20 días a un mes. Comparativamente con los que no se internaron antes se evidenció: más abstinencia, mejor estabilización de los síntomas psiquiátricos y mejoría en el sufrimiento clínicamente significativo. Se demostró, incluso, índices de mejoría en el seguimiento al año de finalizado el tratamiento en variables como estabilidad laboral.

- *Duración del tratamiento*: la correlación entre el tiempo de permanencia y los resultados de la internación continúa siendo controvertida. Si bien algunas investigaciones han encontrado que muchas internaciones

prolongadas no eran más eficaces que las sesiones semanales del tratamiento ambulatorio (5), otros estudios han hallado una correlación positiva entre la duración del tratamiento y la respuesta al mismo (11). Sin embargo, muchos de los resultados disponibles son difíciles de evaluar porque faltan estudios randomizados o porque los estudios en realidad no pueden compararse. Un trabajo randomizado interesante es el de McCusker y cols. (20) donde comparan dos programas residenciales similares, uno de 6 y otro de 3 meses, y se evalúan los resultados a los 18 meses. Si bien los resultados en los pacientes que concluyen el tratamiento son mejores en el tratamiento de 6 meses, el mayor nivel de abandono de dicho programa contrabalancea estos resultados y equipara el resultado final. Según McLellan (23) la evidencia es contundente a la hora de comparar tratamientos focalizando en los 90 días. Pero no habría evidencia de resultados diferentes en relación a tratamientos más prolongados y resultados post-tratamientos.

Finalmente, necesitamos un sistema

El rol de la internación en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias permanece como una cuestión controversial, tanto como problema filosófico, de salud pública, financiero, como cuestión política, y por sus fuertes implicancias éticas.

A la luz del estudio histórico del abordaje de las adicciones en las últimas décadas, tanto en nuestro país como en los países centrales predominaron políticas y estrategias dramáticamente oscilantes y extremas con respecto al lugar de la internación en el tratamiento de las adicciones.

En nuestro país, el criterio de internación estuvo, la mayoría de las veces, sujeto a la disponibilidad de becas otorgadas por el estado para la internación en comunidades terapéuticas. Así uno ha encontrado "Comunidades Terapéuticas" que aparecen y desaparecen bajo la sombra del secretario de turno. Está claro que están pendientes los Centros de Desintoxicación que marcan la necesidad y la ley, como así también, adecuados centros para la atención integral de pacientes duales. Lamentablemente, aún hoy sobran instituciones que se rigen por métodos desacreditados, que nada tienen que ver con la visión de una comunidad terapéutica actualizada según el pensamiento científico y una filosofía humanista y cuyos métodos se relacionan más con formas sofisticadas de maltrato. A esta altura del conocimiento no se puede ser simplista y está claro que la pregunta no es si la internación es eficaz o no, sino que el clínico pueda responderse:

- Para este paciente, ¿puede ser útil la internación?
- ¿Qué modalidad de internación?
- ¿En qué momento o momentos del proceso?
- ¿Por cuánto tiempo?

Agradecimientos: a Matías Fonseca y María Soledad Plaza (Médicos Residentes de Salud Mental, Hospital Borda), por su colaboración ■

Referencias bibliográficas

- Barnett PG, Swindle RW. Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Serv Res* 1997; 32: 615-629.
- Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev* 2004; 23: 471-481.
- Busch AB, Weiss RD, Najavits LM. Co-occurring substance use disorders and other psychiatric disorders, in *Clinical Textbook of Addictive Disorders*, 3rd Edition. Edited by Frances RJ, Miller SI, Mack AH. New York, Guilford, 2005. p. 271-302.
- Charney DA, Paraherakis AM, Gill KJ. Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 672-677.
- Edwards G, Orford J, Egert S, et al. Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *J Stud Alcohol* 1977; 38: 1004-1031.
- Harris AHS, McKellar JD, Moos RH. Predictors of engagement in continuing care following residential substance use disorder treatment. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84: 93-101.
- Hasin D, Liu X, Nunes E, et al. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 375-380.
- Harrison PA, Asche SE. Comparison of substance abuse treatment outcomes for inpatients and outpatients. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17: 207-220.
- Harrison PA, Asche SE. Outcomes monitoring in Minnesota: treatment implications, practical limitations. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21: 173-183.
- Harrison PA, Hoffman NG, Streed SG. Drug and alcohol addiction treatment outcome. En: *The Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. Edited by Miller NS. New York: Marcel Dekker; 1991. p. 1163-1197.
- Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat* 2003; 25: 125-134.
- Ilgen MA, Tiet Q, Finney JW. Recent suicide attempt and the effectiveness of inpatient and outpatient substance use disorder treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 1664-1671.
- Kahler CW, Read JP, Stuart GL, et al. Motivational enhancement for 12-step involvement among patients undergoing alcohol detoxification. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 736-741.
- Kertesz SG, Horton NJ, Friedmann PD, et al. Slowing the revolving door: stabilization programs reduce homeless persons' substance use after detoxification. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24: 197-207.
- Kofoed L. Outpatient vs. inpatient treatment for the chronically mentally ill with substance use disorders. *J Addict Dis* 1993; 12: 123-137.
- Kosanke N, Magura S, Staines G, et al. Feasibility of matching alcohol patients to ASAM levels of care. *Am J Addict* 2002; 11: 124-134.
- Leyes 23.737, 24.455 y 24.754; Decretos Nos. 580/95, 623/96, 1119/96, 1426/96 y 342/97, y la Resolución Conjunta N° 359 del Ministerio de Salud y Acción Social y N° 151 de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el narcotráfico de la Presidencia de la Nación, 1997.
- Magura S, Staines G, Kosanke N, et al. Predictive validity of the ASAM Patient Placement Criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. *Am J Addict*; 2003; 12: 386-397.
- Mark TL, Dilonardo JD, Chalk M, et al. Factors associated with the receipt of treatment following detoxification. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24: 299-304.
- McCusker J, Bigelow C, Vickers-Lahti M, et al. Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. *Addiction* 1997; 92: 1467-1478.
- McGovern MP, Xie H, Segal SR. Addiction treatment services and co-occurring disorders: prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *J Subst Abuse Treat* 2006; 31: 267-275.
- McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: is there improvement and is it predictable? *Am J Drug Alcohol Abuse* 1986; 12: 101-120.
- McLellan T. What we need is a system. Chapter 17. En: Miller W, Carrol K. *Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press; 2006. p. 275-291.
- Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M, et al. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders. 2nd Edition Revised. Washington DC, American Society of Addiction Medicine, 2001.
- Meyer RE, Mirin SM. *The Heroin Stimulus: Implications for a Theory of Addiction*. New York, Plenum, 1979.
- Ministerio de Economía, Secretaría de Hacienda; presupuesto 2009, Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar>
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd Edition. New York, Guilford, 2002.
- Moos RH, Finney JW, Moos BS. Inpatient substance abuse care and the outcome of subsequent community residential and outpatient care. *Addiction* 2000; 95: 833-846.
- Observatorio Chileno de Drogas: Informe anual de la situación de Drogas en Chile. P. 15 y 55, 2006. Disponible en: <http://www.conacedrogas.cl>
- Pettinati HM, Meyers K, Jensen JM, et al. Inpatient vs outpatient treatment for substance dependence revisited. *Psychiatr Q* 1993; 64: 173-182.
- Read JP, Brown PJ, Kahler CW. Substance use and posttraumatic stress disorders: symptom interplay and effects on outcome. *Addict Behav* 2004; 29: 1665-1672.
- Rychtarik RG, Connors GJ, Whitney RB, et al. Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 277-289.
- Ross S, Dermatis H, Levounis P, et al. A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003; 29: 263-279.
- Stinchfield R, Owen P. Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addict Behav* 1998; 23: 669-683.
- Wallace J, McNeill D, Gilfillan D, et al. Six-month treatment outcomes in socially stable alcoholics: abstinence rates. *J Subst Abuse Treat* 1988; 5: 247-252.
- Weiss R, Sharpe Potter J, Rocco, Iannucci A. Inpatient Treatment. Chapter 31. En: Galanter M, Kleber H. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. 4th Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008. p. 445,458.
- Wiseman EJ, Henderson KL, Briggs MJ. Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 200-203.

Validez de los criterios de internación en conductas suicidas: por qué, cuándo, cómo

Gustavo Federico Carlsson

*Médico Psiquiatra (UBA)
Presidente Honorario del Capítulo de Emergencias Psiquiátricas (APSA)
Jefe de Psiquiatría del Centro Privado de Psicoterapias
E-mail: gcarlsson@fibertel.com.ar*

Introducción

“Nuestra creencia acerca de que ya sabemos cómo reducir el riesgo suicida y nuestros temores a intentar algo nuevo nos están manteniendo alejados de la posibilidad de aprender cómo tratar a los pacientes suicidas de manera eficaz”.

Marsha Lineham,
5th AESCHI Conference,
International Association for Suicide Prevention.
Aeschi, Suiza, 4-7 marzo 2009.

Las conductas suicidas representan aproximadamente el 30% de las consultas en servicios de emergencia. Conforman un grupo heterogéneo de situaciones que ocurren en un amplio espectro de la población, sin distinción de clases sociales, de género ni edad.

Sin embargo, no existe una adecuada guía para el abordaje profesional de estos casos, ni tampoco una discriminación de estrategias terapéuticas acordes a las diferentes conductas que se incluyen dentro del llama-

Resumen

La hospitalización sigue siendo una de las alternativas consideradas en primer término por los terapeutas para el tratamiento del suicidio. Ello se debe, por un lado, a las creencias erróneas de que el suicidio se puede predecir y que la internación resulta la intervención más eficaz para prevenir la muerte. Por el otro, a la alta emocionalidad que surge de la situación y el temor al litigio. La experiencia actual muestra que la internación realizada como respuesta automática frente a un paciente con conductas suicidas conlleva efectos deletéreos significativos, incluso iatrogénicos. Entre ellos se consignan la estigmatización, la disminución de la autoeficacia percibida, la ruptura de los vínculos terapéuticos y el refuerzo positivo en las conductas autoagresivas no fatales. Distinguir entre las diferentes situaciones incluidas dentro del espectro suicida y considerar las conductas suicidas como un modo disfuncional de resolución de conflictos permite hoy desarrollar estrategias terapéuticas apropiadas para cada caso, permitiendo -por ende- acotar las indicaciones de la internación. El artículo plantea como objetivo central alentar a los profesionales a no considerar la hospitalización como primera alternativa, y que -en caso de existir criterios claros para internar- se recurra a ella como parte de una estrategia global, minimizando los efectos adversos y prestando especial cuidado a la continuidad entre las diferentes instancias (ambulatorias, internación y post-alta).

Palabras clave: Suicidio - Conducta suicida - Autoagresión - Internación - Hospitalización - Estrategia.

VALIDITY OF HOSPITALIZATION CRITERIA IN SUICIDE BEHAVIORS: WHY, WHEN, HOW?

Summary

In the treatment of suicide, hospitalization is still considered one of the therapists' first choices. This alternative is chosen, on one hand, under the false belief that suicide can be predicted and that internment is the most effective intervention to prevent death. On the other hand, the situation elicits high emotional arousal, and therapists might be afraid of legal repercussion. Current experience shows that choosing hospitalization as an automatic response when treating a patient with suicidal behaviors can lead to significant negative effects, including iatrogenic ones. Among them are: stigma, lower perceived self-efficacy, the breakage of therapeutic alliance, and positive reinforcement of nonfatal auto-aggressive behaviors. Distinguishing between different situations included in the suicidal spectrum and considering suicidal behaviors as a dysfunctional mode of problem solving allow therapists to develop adequate strategies for each particular case, thus narrowing the indications to intern. Present article's main objective is to encourage professionals not to consider hospitalization as their first alternative, and that -in case there are firm criteria to intern- they could turn to it as part of a global strategy, minimizing negative effects and with special care in the continuity between the different instances (ambulatory, internment, and post discharge).

Key words: Suicide - Suicidal behaviors - Self harm - Hospitalization - Strategy.

do espectro suicida. Producto de la gravedad, de la presión social y del temor al litigio, esas situaciones involucran un alto grado de emocionalidad, lo que conduce a menudo a medidas terapéuticas estereotipadas y de poca eficacia, entre las cuales la internación ocupa el primer lugar.

Está muy instaurada en la comunidad psiquiátrica, pero también en la médica y la sociedad toda, la creencia de que la manera más eficaz de prevenir el suicidio es hospitalizando al paciente. Pero así como está arraigada, esta creencia también está cuestionada a partir de la falta de evidencias de que la internación pueda prevenir la muerte por suicidio. Por el contrario, de no implementarse adecuadamente, y sin evaluar el balance costo-beneficio, la hospitalización de un paciente con este fin puede hasta convertirse en un factor iatrogénico.

¿Por qué se interna?

La internación fue durante siglos la única alternativa para los pacientes con padecimientos psíquicos graves. A veces con el fin de aislar, otras con el objetivo de tratarlos en los confines de un hospicio. La era psicofarmacológica, juntamente con nuevas corrientes psicoterapéuticas, modificó en gran parte esta conducta, por lo que los pacientes pudieron ser tratados en forma ambulatoria.

Sin embargo -y quizá debido a esta vieja tradición de internar o aislar al paciente- se sigue hoy recurriendo a ella como una herramienta terapéutica, confundiendo a veces el *setting* o el ámbito donde se desarrolla un proceso con el tratamiento en sí. Y las conductas suicidas se convierten así en una de las causas principales de internación psiquiátrica, implementada como intervención más que como contexto en donde realizar un procedimiento terapéutico.

La hospitalización en conductas suicidas es un recurso sobreutilizado. Y lo es claramente. La práctica psiquiátrica y la estructura legal le han dado a la internación un rol central para tratar al paciente suicida (17).

Aún hoy puede advertirse la influencia de los viejos modelos provenientes de la psiquiatría preventiva, que postula, entre otras, dos creencias, hoy refutadas:

a) El suicidio se puede predecir.

La evidencia muestra que la muerte por suicidio no se puede predecir, y que todas las escalas de riesgo elaboradas para ese fin carecen de sensibilidad y especificidad, por lo que existe un altísimo número de falsos positivos y falsos negativos (8, 18). Ello lleva a hospitalizar a pacientes carentes de riesgo, y a no identificar a quienes sí se encuadran en los criterios de internación.

b) La internación es la mejor estrategia para prevención de la muerte por suicidio.

Todos los estudios bien diseñados y controlados

muestran que ninguna intervención específica, ni siquiera la hospitalización, reduce el potencial suicida a corto o a largo plazo. Simon (21) plantea que los trabajos en psicoterapia y farmacoterapia en poblaciones de pacientes suicidas, redujeron las conductas autoagresivas no fatales, pero *no* las conductas letales.

Debido a estas creencias, el sistema legal tiende a asumir que la muerte por suicidio no debería ocurrir excepto por falla médica, ya que debería haberse anticipado y, por consiguiente, prevenido a través de la hospitalización (15).

Debemos aceptar que la seguridad absoluta es una tarea imposible. Incluso la internación no garantiza que el paciente no se suicide en el ámbito que debiera ser el más seguro: 5-6% de los suicidios en EE.UU. ocurren durante la hospitalización (3), y tienden a ocurrir durante la primera semana del ingreso (19).

Además de estas creencias, existen otros factores, en este caso dependientes del terapeuta o del contexto, que condicionan fuertemente que la balanza se incline hacia la hospitalización (ver Tabla 1).

Tabla 1. Factores condicionantes para internar.

Respuesta emocional del terapeuta (enojo, ansiedad, miedo, frustración)
Presión del entorno
Temor a las consecuencias legales
Falta de entrenamiento en el manejo de pacientes suicidas
Burn-out

Motto y Bostrom (14) muestran que uno de los factores de riesgo más importantes en conductas suicidas es lo que el terapeuta realiza inadecuadamente producto de su emocionalidad y consecuente interpretación incorrecta de la situación. Conllevará una disminución de la empatía y consiguiente alianza terapéutica, y posteriores intervenciones de tipo defensivo entre las cuales la hospitalización resulta ser la opción de elección.

Todo esto determina que el 80% de los internados por conductas suicidas no tenga riesgo de muerte: suelen ser internados por autoagresiones deliberadas no fatales, amenazas o ideación de bajo riesgo (11).

Chiles y Stroschal (5) muestran que, a lo largo de la vida, el 10-12% de población adulta tuvo al menos un intento suicida (no completado), el 20% un episodio de ideación suicida entre moderada y severa, y otro 20% un episodio de ideación suicida leve. De todos éstos, en un año, sólo el 0,3% completará el suicidio (30.000 sobre 10 millones). Vemos así que la ideación suicida resulta asombrosamente frecuente, pero que el suicidio completado, dentro del espectro del suicidio (ver Tabla 2), constituye un evento raro en términos relativos. Pero el no discriminar entre todas las conductas de dicho espectro lleva a utilizar las mismas herramientas terapéuticas para situaciones que bajo un mismo título representan situaciones absolutamente diferentes entre sí.

Tabla 2. Espectro suicida.

Ideación
Ideación y planificación
Intento suicida no consumado
Intento suicida consumado
Conductas autoagresivas deliberadas no fatales (gestos suicidas, parasuicidio, suicidio expresivo)
Amenazas suicidas
Conductas autoinjuriantes o automutilantes

Resulta evidente que no será igual la estrategia frente a un intento suicida con fines letales que frente a pacientes con conductas autoagresivas repetitivas de escaso riesgo médico. Sin embargo, el hecho de que todavía sigamos denominando a todas ellas como intento suicida, lleva a una representación mental de un diagnóstico de situación (suicidio), a una consecuencia potencial inmediata (riesgo de muerte) y a una medida terapéutica que pueda prevenirlo (internación). Es fundamental entonces hacer un diagnóstico diferencial entre estas conductas, e implementar estrategias apropiadas para cada una de ellas.

Desventajas de la internación

A la hora de decidir internar un paciente, pocas veces se evalúan los costos que tendrá la hospitalización. Se da por descontado que será útil para evitar la muerte por suicidio de ese paciente, y -dado este supuesto beneficio mayor- no tenemos en cuenta o minimizamos las consecuencias adversas que podrá acarrear.

Si consideramos que la conducta suicida sucede en parte como consecuencia de la sensación de falta de control sobre los pensamientos, emociones o conductas relacionadas con una situación, la internación reforzará esa idea. Para la mayoría significará un rótulo y una estigmatización que podrá tener indelebles consecuencias en su historia personal (afectiva, académica, laboral, social).

Viñeta clínica 1

María, 28 años, ejecutiva de una empresa, sufre un primer episodio depresivo desencadenado por una ruptura afectiva. Inicia una psicoterapia, derivada posteriormente a un psiquiatra para ser medicada. Dos semanas después de iniciado el tratamiento comete un intento severo de suicidio por intoxicación farmacológica que es frustrado por la inesperada llegada de una hermana a su casa. Se diagnostica trastorno depresivo mayor grave. A pesar de que la paciente estaba dispuesta a recibir ayuda y a tratar su depresión, y la familia a organizar un dispositivo de cuidados domiciliarios debido a la gravedad del intento, los terapeutas optan por la internación como modalidad de tratamiento y de prevención. Luego de 45 días, recuperada del episodio depresivo, es externada. La internación psiquiátrica fue un estigma importantísimo para la paciente y su entorno social y laboral, lo que influyó de manera significativa en dos eventos en

el curso del siguiente año: la ruptura de su noviazgo y el despido de su trabajo. Meses después, debido a la pérdida de su seguro de salud, abandona su tratamiento. Como en sus registros médicos queda consignado su intento suicida -por la hospitalización-, este hecho le impide conseguir una nueva posición laboral. Seis meses después recae en sus síntomas depresivos, y -por temor a ser reinternada- no realiza una nueva consulta. Su familia concurre a una entrevista preocupada por la situación, pero la paciente, sumida en una profunda depresión, se suicida días después.

En el análisis posterior del caso, se evaluaron diferentes puntos, a saber:

1. La decisión de internar fue -desde una perspectiva clásica- una alternativa correcta dada la gravedad del intento. Sin embargo, teniendo en cuenta que:

- a) tanto paciente como familia estaban dispuestos a realizar lo necesario para una internación domiciliaria;
 - b) que se trataba de un primer episodio en una paciente con un alto nivel de funcionalidad previo;
 - c) que se contaba con una sólida red familiar y social;
- el enfoque ambulatorio, en la ecuación costo-beneficio, hubiera constituido la decisión más adecuada.

2. La internación provocó una ruptura en la alianza terapéutica ya que fue realizada de manera coactiva y la paciente fue tratada por el staff médico de la clínica y no por sus terapeutas. Además, al momento del alta, la paciente continuó con otro equipo en consultorios externos.

3. Implicó un severo estigma personal para la paciente (que no tenía antecedentes psiquiátricos) y contribuyó a la ruptura con su pareja y a su despido laboral. Esto trajo a su vez como consecuencia la pérdida de su cobertura médica, y la imposibilidad de continuar su tratamiento. Se produce así una recurrencia depresiva.

4. El temor de la paciente a una nueva internación -evento que había resultado sumamente traumático- hizo que se negara a una consulta que su familia sugería y costearía económicamente.

Kay Jamison, experta mundial en trastorno bipolar, en su libro de corte autobiográfico *An unquiet mind* (10) -donde relata sus vivencias como paciente bipolar con ideación e intentos suicidas-, expresa:

“Por favor no asuman que el pensamiento suicida implica que necesitan hospitalizar a su paciente. De hecho, puede que él no comparta con Uds. éste y otros síntomas por miedo a esa automática respuesta. Establezcan un vínculo confiable primero, y luego pregunten acerca de cómo los pensamientos suicidas los afecta (...) Sigán preguntando, para que su paciente sepa que Uds. desean escuchar acerca de sus ideas suicidas sin sobrerreaccionar, que no están asustados y que tratarán de ayudarlo.”

Muchos pacientes, temiendo la internación si refieren sus ideas de muerte, no las expresan, lo que lleva a un

importante aumento del riesgo suicida. Otros, durante la hospitalización, rectifican aparentemente su ideación con el fin de ser externados debido a lo traumático que resulta la permanencia en una institución. Al alta suelen cometer un suicidio completado. Para otros, la conducta suicida suele ser un intento disfuncional de resolución de problemas, y la internación funciona como refuerzo positivo. Esto ocurre especialmente con las autoagresiones deliberadas no fatales.

Víñeta clínica 2

Analía, 23 años, presenta una larga historia de amenazas suicidas y conductas autoagresivas repetitivas no fatales mediante sobreingesta de psicofármacos, auto-injurias en antebrazos, etc. Los desencadenantes fueron habitualmente dificultades de orden interpersonal (con padres, parejas, amigas), que incidían sobre una base de inestabilidad emocional, derivando en los gestos suicidas. Siempre estuvo en diversos tratamientos psicoterapéuticos y polimedicada bajo diferentes diagnósticos en eje I y II. En casi todas las oportunidades fue internada, lo que funcionó durante un tiempo como un moderador del malestar en el corto plazo. Sin embargo, progresivamente, tanto la familia y su red como también los distintos profesionales a cargo se fueron agotando, por lo que las autoagresiones y las internaciones consiguientes fueron extinguiéndose como intento de solución. La paciente deterioró su vida afectiva, académica, social, laboral, como también su autoeficacia percibida, con lo que aumentó la gravedad de las conductas suicidas, hasta que, en un intento de mayor letalidad, murió por sobredosis.

En este caso vemos que:

1. Como ocurre en los pacientes con conductas autoagresivas, la intencionalidad no es morir sino resolver una dificultad a través del gesto suicida que concite la atención del entorno y un alivio a su malestar emocional.
2. La internación inicialmente aumenta el grado de preocupación y cuidado por parte de su red, incluyendo al equipo médico. La institución la aísla del mundo real y sus problemas, por lo que el alivio es inmediato, funcionando como refuerzo positivo de la conducta suicida. El intento resulta ser una solución disfuncional, pero exitosa.
3. Al no modificarse el abordaje de las dificultades ni trabajar con recursos y fortalezas que la paciente posee, y dados estos beneficios secundarios, la paciente recurrirá nuevamente al gesto suicida ante una nueva crisis. La autonomía y la autoeficacia percibida se ven seriamente afectadas. Se perpetúa el ciclo, con el agravante de que esos beneficios, con el tiempo, se reducen o desaparecen ante el agotamiento del entorno, lo que lleva a la repetición y a aumentar la gravedad de los intentos.
4. El equipo médico, por el antecedente (que desde la suicidología clásica es un factor de alto riesgo) vuelve a internar ante cada episodio. Progresivamente la duración de la permanencia en las instituciones se prolonga

debido al aumento de la gravedad de las conductas suicidas y la persistencia de la ideación suicida expresada por la paciente como recurso para no retornar a una vida real severamente empobrecida.

5. Finalmente, producto del deterioro funcional en la paciente y el agotamiento del entorno, muere por suicidio. La internación resulta ser en estos casos (excepto situaciones que describiremos más adelante) un claro factor iatrogénico; por favorecer tanto el circuito de la repetición de las conductas autoagresivas, como el bloqueo del desarrollo de recursos de afrontamiento y resolución de problemas (de la paciente y de su red).

Muy frecuentemente, la internación implica la ruptura del vínculo terapéutico, elemento clave para ayudar a un paciente suicida. La alianza terapéutica es uno de los factores más importantes en prevención del suicidio, y ésta puede verse seriamente lesionada al decidir la institucionalización (9).

Además, respetar la autonomía del paciente es uno de los elementos que favorecen establecer una mejor alianza terapéutica, por lo que la internación puede ser escasamente efectiva para ese objetivo (24).

En sistemas donde se pueda asegurar el vínculo luego de la evaluación de emergencia, con posibilidades de llamados telefónicos o consultas de control inmediatas, la elección de un tratamiento ambulatorio debería ser siempre "la" opción a considerar.

Cuándo internar

La internación es una herramienta útil en la medida que se la utilice con una indicación precisa. Como todo proceso invasivo debemos considerar que inevitablemente tendrá efectos adversos o no deseables.

Es importante tener en cuenta cuáles son los factores determinantes de una conducta suicida:

- Estilo disfuncional de resolución de problemas/distorsiones cognitivas marcadas; o el denominado "modo suicida" de afrontamiento.
- Trastorno psiquiátrico descompensado.
- Características negativas de la red social.
- Estresores.

La internación estará indicada entonces, en la medida que sea una herramienta eficaz para resolver alguna de estas variables, si de forma ambulatoria no logra serlo.

Los criterios para definir una internación en pacientes suicidas no suelen ser claros en la mayoría de los casos. Aún aquellos más fácilmente determinables deberán ser de todos modos evaluados ante cada paciente en particular, y siempre considerando las posibles consecuencias, que podrán ser importantes si no se procede adecuadamente.

Debemos tener en cuenta que la internación es sólo un eslabón en la cadena de intervenciones que integra la estrategia con un paciente suicida. Si bien en general es sólo el contexto para llevar a cabo un tratamiento, en algunas situaciones -como veremos más adelante- podrá ser una intervención terapéutica en sí misma con el fin

de obtener cambios tanto en el paciente como en su red.

Cada decisión de internar a un paciente debe pasar por un profundo análisis tras el cual determinemos si ello es lo mejor para el paciente o si sólo es nuestra primera respuesta frente a una situación que por distintos motivos nos resulta difícil resolver.

Existen criterios clásicos que determinan la internación como mejor y más seguro modo de llevar a cabo el tratamiento. La *American Psychiatric Association* (1) desarrolló en su guía para el tratamiento de conductas suicidas algunos de ellos (ver Tabla 3).

Tabla 3. Criterios de internación en conductas suicidas.

Después de un intento suicida si:
- El paciente presenta síntomas psicóticos
- presenta patología psiquiátrica mayor descompensada o de reciente aparición
- hubo un Intento violento, de alta letalidad o premeditado
- se tomaron precauciones para no ser descubierto
- persiste de manera consistente el plan o la intencionalidad suicida
- el distress se incrementó luego del intento o el paciente lamenta haber sobrevivido
- no hay red social, ausente o es muy disfuncional
- presenta consulta impulsiva, agitación severa, juicio pobre o rechazo de ayuda
- el paciente muestra cambios del estado mental debido a causas tóxicas, metabólicas, infecciosas u otra etiología que requiera evaluación de un contexto estructurado

En presencia de ideación suicida con presencia de:
- plan de alta letalidad
- intentos previos de gravedad
- psicosis o patología psiquiátrica mayor descompensada
- patología clínica que condicione la evolución (trastorno neurológico agudo, cáncer, dolor crónico reagudizado, SIDA)
- falta de cooperación para tratamiento ambulatorio
- necesidad de instauración de tratamiento farmacológico o TEC en contexto supervisado
- falta de apoyo de familia o red
- imposibilidad de acceso a control ambulatorio

Adaptado de APA Practice Guideline for the Assessment and Treatment of patients with suicidal behaviors.

Estos criterios deben ser considerados de acuerdo con cada caso individual, sopesando costo y beneficio, especialmente en el mediano plazo. Ninguno de ellos debe convertirse en una indicación absoluta sin esta evaluación previa. Siempre -insistimos- debe formar parte de la estrategia general para ese paciente y no constituir una respuesta automática.

Hospitalización en conductas autoagresivas no fatales: internación estratégica

Hay situaciones donde la internación forma parte de

la estrategia global de tratamiento pero donde el objetivo no consiste en reducir el riesgo o tratar patología del eje I. Es en el caso de los pacientes con conductas autoagresivas repetitivas no fatales, donde la hospitalización no sólo es el *setting* donde se realiza el tratamiento, sino una intervención terapéutica en sí misma. Es lo que denominamos internación estratégica.

La internación estratégica nos permite aumentar del nivel de alarma para generar motivación para nuevos modos de resolución de problemas en los siguientes casos:

a) En pacientes que no evalúan el nivel de gravedad de su conducta ni las consecuencias de sus gestos, minimizando el hecho. En estos casos en particular, la internación debe ser implementada bajo condiciones que no refuercen la conducta. Deben ser muy breves (48-72 hs.) y sin beneficios secundarios obtenidos dentro de la institución. Una variante es llevarla a cabo en una unidad de cuidados intensivos o intermedios, en una institución polivalente. La hospitalización en estos casos cumple una función aversiva.

b) En familias desmoralizadas, agotadas, con bajo nivel de alerta, luego de repetidas conductas de autoagresión por parte del paciente. Son familias que no perciben la posibilidad de mejoría o no desarrollan recursos adecuados para resolver los conflictos desencadenantes, descalificando el hecho. Ésto hace que progresivamente el paciente aumente la gravedad de la conducta.

Internar como método estratégico nos permite rearmar la red familiar cuando ésta se muestra caótica o ausente. Una red organizada facilitará un contexto más protegido para tratar al paciente.

La internación estratégica también ayuda a descomprimir crisis de alta emocionalidad que impiden la implementación terapéutica en el ámbito familiar, y puede motivar al paciente y su familia a generar nuevos métodos de resolución de problemas.

Chiles y Strosahl (5) plantean que muchos pacientes, abrumados por sus dificultades y sufrimiento, recurren a la conducta suicida y posterior internación con el fin de aislarse de su realidad cotidiana. Si bien una institución de puertas cerradas no es el mejor lugar para este objetivo, responde a una necesidad genuina de algunos pacientes. Por ello debe quedar claro el objetivo de este tipo de internación, hasta incluso programarse antes de que el paciente recurra a la autoagresión como salvoconducto. Que el paciente sepa que podrá aislarse como parte de la estrategia del tratamiento reduce considerablemente las conductas autoagresivas y hasta incluso la necesidad de dicha internación. Podrá así desarrollar nuevos modos de afrontamiento del problema de base, aún durante la hospitalización.

Sin duda, la internación está sugerida cuando, en el curso de una crisis suicida, existan dificultades severas en la relación terapéutica o cuando un cuadro de burn out en el profesional pueda comprometer la eficiencia del trabajo, y no sea posible un cambio de terapeuta.

Recordemos que la internación en pacientes con conductas autoagresivas suele tener un refuerzo positivo, por lo que está indicada -sólo excepcionalmente- cuando se vislumbra un cambio significativo para el paciente y su

red y que únicamente en este contexto pueda lograrse, tal como fue descripto anteriormente.

Cómo internar

Un tema no menor relacionado con la internación es el de cómo llevarla a cabo. La hospitalización es un eslabón en la cadena del tratamiento, y debe ser implementada teniendo en cuenta diversas variables; no sólo para que sea eficaz, sino para que no sea iatrogénica en el mediano plazo.

Sin embargo, no siempre nos planteamos para qué internamos, con qué metas, y qué se espera lograr en el momento del alta. Muchas veces creemos que con la internación estamos cumpliendo gran parte de la tarea terapéutica al evitar que el paciente se suicide, y no definimos otras metas que resultan ser a la postre las más importantes para que este primer objetivo se cumpla. Este proceso debe ser a su vez transmitido con claridad al paciente y su familia, haciéndolos partícipes activos en esa instancia. Esto resulta fundamental para no invalidar recursos y fortalezas, y para no excluir a la red hacia una posición pasiva respecto del tratamiento.

¿Cuándo dar el alta?

Así como no hay criterios claramente definidos para internar un paciente suicida, mucho menos los hay para dar el alta. ¿Cuándo el paciente mejora de su trastorno del eje I (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar) y en qué punto de esa mejoría? ¿Cuándo la red se encuentra más organizada? ¿Cuándo los estresores disminuyen? ¿Cuándo modifica su modo de afrontamiento? ¿Cuándo rectifica la ideación suicida? ¿Cuándo se resuelven todas estas situaciones?

La internación debe ser lo más breve posible. En muchas oportunidades vemos pacientes hospitalizados durante semanas o incluso meses, lo que incrementa seriamente los efectos deletéreos de lo que debería haber sido una herramienta terapéutica. Para ello debemos tener en claro que una vez alcanzados los objetivos que definieron la internación se planteará el alta.

Instaurar una terapéutica farmacológica adecuada para iniciar la estabilización de un paciente bipolar (y no necesariamente esperar la recuperación completa), comenzar a generar cambios en el estilo de resolución de problemas del paciente, organizar la red social, preparar a la familia para cuando el paciente regrese a su hogar, son los primeros pasos. Se debe focalizar en esos objetivos y no en otros que no ameriten realizarlos bajo internación, prolongándola innecesariamente. Apenas se considere que están dadas las condiciones para continuar el proceso terapéutico en forma ambulatoria, el paciente deberá ser externado.

Sabemos que el alta es una etapa crucial del tratamiento por el aumento de riesgo suicida en esas primeras semanas. Por ello debe estar muy aceitado el mecanismo de transmisión de información al equipo terapéutico que recibirá al paciente. Se debe comunicar

tanto al paciente como a la familia cómo, cuándo y con quién continuarán el tratamiento.

La etapa de post internación: una zona de riesgo

La etapa que sigue a la externación es el área de mayor vulnerabilidad de todos los sistemas de salud, y de mayor riesgo para el paciente. La mayor parte de los suicidios de pacientes que habían sido internados ocurre dentro de los tres primeros meses luego de la externación (23). Un trabajo de Quin y Nordentoft (19) muestra que los pacientes internados por conductas suicidas cometen suicidio pocos días después de la internación o de la externación.

Un problema habitual en el cuidado de los pacientes suicidas luego de la externación es que la falta de cumplimiento a las entrevistas de seguimiento es muy alta. Moller (13) encontró que el cumplimiento era algo mejor si la consulta de seguimiento posterior al alta era realizada por la misma persona que siguió al paciente durante la internación. De todos modos, incluso en esos casos, la ausencia a la primera entrevista era del 50% al 60% (12). De manera similar, De Vanna y cols. (7) hallaron que el 57% de los pacientes externados luego de un intento suicida no volvía a establecer contacto con el equipo terapéutico.

La pobre continuidad entre la internación y la externación, pareciera ser uno de los factores de riesgo suicida más alto. Ello se debería en parte a la falta de seguimiento del paciente al alta y a la discontinuidad del vínculo terapéutico. Pero lo que muestran todos los trabajos es que no basta con la internación para evitar el suicidio, y que el cambio de equipos tratantes contribuye a que no se conformen o se rompan las alianzas terapéuticas. Appleby y cols. (2) concluyen que la interrupción en el cuidado fue un importante factor determinante de suicidio entre los pacientes que tuvieron contacto con un sistema de salud mental previo a su muerte. Por ello, a la hora de decidir una internación, debe haber una continuidad entre el tratamiento ambulatorio, el equipo de internación y el o los terapeutas que asistirán al paciente al alta. La estrategia debe tener una unidad, y debe haber una excelente comunicación entre las diferentes instancias para que el paciente perciba que se integra un equipo tratante (aunque no formen parte de la misma institución). De esta manera se modera el riesgo de ruptura de alianza, que es transferida a los distintos profesionales intervinientes.

Todos los trabajos muestran entonces que la internación por sí sola no evitará la muerte por suicidio de quién está determinado a cometerlo, incluso puede ser un factor iatrogénico que la precipite. Resnick (20) es concluyente: los pacientes decididos a matarse van a encontrar la manera de hacerlo. Ven al médico como su enemigo, y lo harán en la clínica o al alta.

Conclusión

Las conductas suicidas conforman un grupo heterogéneo de pacientes, situaciones y patologías involucradas,

por lo que su abordaje terapéutico deberá ser diseñado para cada situación en particular. La falta de discriminación entre estas diferentes situaciones que conforman el espectro suicida es una de las razones que lleva a la sobreutilización de la internación como recurso. Además, la creencia de que el suicidio se puede predecir y que la hospitalización es la mejor forma de evitar el suicidio fundamentan esta conducta terapéutica. La intensa respuesta emocional que generan tanto en el paciente y familia como en el terapeuta, lleva a decisiones muchas veces condicionadas por ella, y que derivan en que el paciente sea internado como supuesta medida de mayor eficacia para su tratamiento, sin considerar la alternativa ambulatoria. Tampoco se suele tener en cuenta si esta medida será lo más útil para el paciente en el mediano plazo, dadas las severas consecuencias que para la mayoría significará la hospitalización. La internación debe for-

mar parte del continuum de cuidados para el paciente suicida, e integrada a la estrategia terapéutica ambulatoria previa y a la que se implemente al alta. La ruptura de este proceso se convierte en uno de los factores de riesgo más importantes y que es habitualmente soslayado. Es deseable que cada caso en particular sea evaluado en forma objetiva, y se determine una estrategia terapéutica que no implique internación, a menos que haya criterios fehacientes que la justifiquen en el balance costo beneficio. Podrá ser una medida útil pero no cuando se transforma en la una respuesta automática, sin integración a un plan de tratamiento global y racional.

Finalmente debemos tener en cuenta que lo único eficaz para reducir el riesgo de suicidio es establecer una sólida alianza terapéutica, y modificar las causas subyacentes que llevan al paciente a recurrir a esa conducta ■

Referencias bibliográficas

1. APA Practice guideline for de Assessment and Treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (suppl.): 1-60.
2. Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 168-174.
3. Busch KA, Fawcett J. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 14-19.
4. Chiles J, Strosahl K. Safety interventions. En: Simon R, Hales R. Suicide assessment and management. *Am Psych Publ*, 2006. p. 441-455.
5. Chiles J, Strosahl K. Hospitals and suicidal behavior. En: Chiles J, Strosahl J. Assessment and treatment of suicidal patients. *Am Psych Publ*, 2005. p. 201-221.
6. Coombs DW, Miller HL, Alarcon R, Herlihy C, Lee JM, Morrison DP. Presuicide attempt communications between parasuicides and consulted caregivers. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22 (3): 289-302.
7. De Vanna M, Zolli P, Bercio G, Duse P, Quarantotto G, Toneguzzi D, Aguglia E. Parasuicides: benefits and limitations of aftercare programs. En: Ferrari G, Bellini M, Crepet P (eds). *Suicidal Behavior and Risk Factors*. Bologna, Monduzzi Editore, 1990.
8. Forster PL, Wu L. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. En: Allen M. *Emergency psychiatry*. Am Psych Publish, 2002. p 75-113.
9. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993; 342 (8866): 283-286.
10. Jamison K. *An unquiet mind*. Random House Ed, 1996.
11. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychological and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317: 441-7.
12. Kurz A, Möller HJ, Bürk F, Torhorst A, Wächtler C, Lauter H. Evaluation of two different aftercare strategies of an outpatient aftercare program for suicide attempters in a general hospital. En: Möller HJ, Schmidtke A, Welz R (eds). *Current Issues in Suicidology*. Berlin: Springer; 1988. p. 414-18.
13. Möller HJ. Evaluation of aftercare strategies. En: Ferrari G, Bellini M, Crepet P (eds). *Suicidal Behaviour and Risk Factors*. Bologna, Monduzzi Editore, 1990. p. 39-44.
14. Motto JA, Bostrom A. A randomized controlled trial of post crisis suicide prevention. *Psych Serv* 2001; 52: 828-833.
15. Murphy GE. The prediction of suicide: why is it so difficult? *Am J Psychotherapy* 1984; 38: 341-349.
16. O'Brien G, Holton AR, Hurren K, Watt L, Hassanyeh F. Deliberate self-harm and predictors of out-patient attendance. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 246-7.
17. O'Sullivan M, Lawlor M, Cocoran P, Kelleher MJ. The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis* 1999; 20/4: 178-183.
18. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 249-257.
19. Quin P, Nordentoft M. Suicide in relation to psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 427-432.
20. Resnick PJ. Recognizing that suicidal patient views you as an adversary. *Current Psychiatry* 2002; 1: 8.
21. Simon R. Patient safety vs. freedom of movement En: Simon, R; Hales, R; Suicide assessment and management. *Am Psych Publ*, 2006. p.423-439.
22. Torhorst A, Möller HJ, Bürk F, Kurz A, Wächtler C, Lauter H. The psychiatric management of parasuicide patients: a controlled clinical study comparing different strategies of outpatient treatment. *Crisis* 1987; 8: 53-61.
23. Waterhouse J, Platt S. General hospital admission the Management of parasuicide: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 236-242.
24. Whitlock J, Knox KL. The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 634-639.

Un protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica

Pablo Gagliesi

Médico psiquiatra. Equipo de DBT, Fundación Foro
E-mail: pablogagliesi@fundacionforo.com

“El suicidio es mejor comprendido como un movimiento combinado hacia la cesación y un movimiento de alejamiento de la intolerable, insoportable, inaceptable angustia. Estoy hablando del dolor psicológico, un meta dolor, el dolor de sentir dolor.

Desde una perspectiva psicodinámica, la hostilidad, la vergüenza, la culpa, el miedo, la protesta, la ganas de unirse a alguien querido que ha muerto, por separados o juntos han sido identificados como la raíz del problema en el suicidio. No es nada de eso, sino el dolor.” (48)

Introducción

Hace un tiempo, en una conferencia, Marsha Linehan -una especialista en el tema del suicidio- preguntó abiertamente, a un público de psiquiatras, qué pensábamos sobre el asunto. Luego de un incómodo silencio ini-

cial, algunos comentaron diversas ideas y pensamientos. Los dichos eran muy disímiles, no sólo porque reflejaban diferentes opiniones, sino porque las perspectivas también lo eran.

Resumen

Se presenta en este artículo un protocolo para asistir a pacientes suicidas. Se sugiere que los protocolos en medicina deben ser basados en la evidencia y en el consenso de expertos. Se debaten las ventajas y desventajas de este procedimiento, argumentado a favor de su utilización. Las razones incluyen la investigación, el entrenamiento, la eficacia, promover prácticas basadas en la evidencia, reducir el estrés y mejorar el desempeño de los profesionales de la salud mental. Basado en un modelo de Terapia Dialéctica Comportamental, se instrumentó un protocolo en un programa de asistencia con pacientes graves. Se discuten las ventajas y desventajas de estos procedimientos y las evidencias de los contratos de No Suicidio con pacientes con Ideación Suicida, proponiendo su reemplazo por un compromiso de tratamiento.

Palabras clave: Suicidio - Protocolo antisuicidio - Conducta autolesiva sin intencionalidad - Contrato de vida - Acuerdo de tratamiento - Terapia dialéctica comportamental - Burn out.

A PROTOCOL TO ASSIST PEOPLE WITH SUICIDAL THOUGHTS IN CLINICAL PRACTICE

Summary

This article presents a Protocol for Suicidal Clients in mental health practice. These protocols in medicine should promote a practice based on evidence and the experts consensus. It discusses the advantages and disadvantages of this procedures, promoting its use. The reasons include research, training, efficacy, evidence based practices, stress reduction and better performance of the mental health professionals. Based on Dialectical Behavioral Therapy, this protocol has been designed and used in a program with severely disturb clients. This article also discusses the advantages and disadvantages of the No Harm Contracts versus its replacement for Treatment Agreements or Compromises.

Key words: Protocol anti-suicide - Self-injurious behavior - Treatment agreement - Dialectical behavioral therapy - Burn out.

Aún más sorprendente fue encontrarnos con un sinnúmero de posibles acciones, todas ellas sustentadas en las ponencias que no eran simplemente personales sino además gregarias a una miríada de perspectivas sociales, espirituales o incluso económicas.

La conferencista, después de escuchar el debate que había motivado, nos recordó que en la entrevista con consultantes con ideas o conductas suicidas, ellos conocen de ante mano nuestra opinión, colegiadamente o corporativamente- dan por descontado que nosotros intentaremos que sigan con vida. Y luego se refirió a que nuestra práctica clínica debe estar fundada en las mejores prácticas, aquellas que han demostrado mayor eficacia en lograr la supervivencia.

Por ahora, el suicidio es un desenlace probable de los tratamientos en nuestra profesión y los instrumentos para evitarlo son falibles (6, 20). El estado de la cuestión en relación a la investigación sobre suicidio es complejo y por momentos ininteligible, porque casi siempre, la perspectiva empaña la evidencia. El compromiso es arribar a las *mejores o buenas prácticas*, que pueden mantener en tensión la opinión y el consenso de expertos, y por otro lado el sustento en la evidencia.

Definimos aquí como *mejor o buena práctica* a una técnica, método, proceso, actividad, aversivo o refuerzo que se cree más efectiva en producir un determinado resultado cuando se aplica a una condición o circunstancia particular. La idea es que con el proceso, chequeo o prueba adecuados pueda ponerse en práctica con los menores esfuerzos y complicaciones. También podría definirse como la más eficiente (que conlleva la menor cantidad de esfuerzo) y la más efectiva (los mejores resultados para realizar un trabajo) basado en procedimientos que han sido repetidos y se han probado a lo largo del tiempo o en un número considerable de personas o situaciones.

El tema del suicidio convoca numerosos investigadores y recursos -sólo en *medline* existen 49.891 citas con esa palabra-; sin embargo, aún desconocemos la eficacia de la mayoría de las intervenciones psicosociales usadas habitualmente en la clínica contemporánea, y las prácticas psicofarmacológicas sufren igual suerte (20). A pesar de ello, muchas personas son rescatadas diariamente en el mundo -antes o después de una tentativa-, mientras que la incidencia del fenómeno se mantiene estable y por momentos creciente, patentizando lo perentorio que se ha vuelto reformular las preguntas.

Mantenerse al tanto de dichas investigaciones asegura mejorar las habilidades, ya que los datos estadísticos promueven cambios que se vuelven naturales en la clínica cotidiana.

Un ejemplo es el memorable trabajo de Motto y Bostrom -simple y con grupo control, numeroso en el número de casos (n=800)-, casi exótico para una intervención psicosocial, que encontró una reducción significativa de suicidios. Un grupo de personas que se negaron a realizar tratamiento fue dividido en dos, uno de ellos recibió llamadas y cartas no demandantes, donde el contacto se limitaba a expresar "interés por el bienestar de la persona", y los suicidios y tentativas de ese grupo fueron significativamente menores que en el grupo control (41).

Esta es una muestra clara de qué tipo de intervenciones son las que se sugieren y cómo debemos volvernos flexibles para incluir estos procedimientos en el estándar.

Este protocolo se incluyó hace tres años como parte de un programa de tratamiento para asistir a consultantes y familiares con diagnóstico de desorden límite de la personalidad. Por la persistencia del problema de la ideación y conductas suicidas en la clínica cotidiana, debimos afianzar una práctica orgánica y consensuada para el problema. Se realizó entonces una revisión bibliográfica y consultas con expertos y, finalmente, se diseñó un protocolo para guiar las entrevistas. El objetivo es implementarlo cada vez que la ideación o las conductas suicidas aparecen en cualquier tratamiento y en cualquier momento del mismo. Es decir, el tema orienta el foco de la sesión, si una idea o conducta (velada o declarada) aparece, se debe preguntar activamente y seguir el protocolo.

La bibliografía se encuentra citada al final del texto, pero básicamente está construido desde la perspectiva conductual, e inspirados en la Terapia Dialéctico Comportamental (*Dialectical Behavioral Therapy, DBT*; en inglés original), aunque pueden ser usados en cualquier otro contexto o programa (19, 22, 24, 27, 28, 29, 30).

Ventajas y desventajas de la protocolización

Los protocolos médicos y psicológicos son documentos que colaboran y guían la toma de decisiones clínicas, criterios diagnósticos, manejo y tratamiento de problemas de salud. Esta modalidad forma parte de la medicina desde sus comienzos en la era clásica. En contraste con aproximaciones previas, que habitualmente estaban fundadas en la tradición o en la autoridad, las guías modernas se sustentan en el paradigma de la medicina *basada en la evidencia*. Sin embargo, sumarían también principios *consensuados* que se refieren a cuestiones prácticas o cuando la evidencia no es suficiente.

Las guías contemporáneas identifican, suman y evalúan los mejores procedimientos y pueden ir acompañadas de información sobre prevención, diagnóstico y pronóstico, riesgo/beneficio y costo/efectividad. Esto ayuda a estandarizar la asistencia médica, mejorar la calidad del servicio, reducir los riesgos, permitir una continuidad en la investigación y la administración de los recursos.

Debido a que se ha demostrado que no siempre estas guías son usadas con la habitualidad necesaria, la idea de marcar con un tilde cada casillero o re-chequear el formulario, asegura que el profesional o sus asistentes extiendan el control y promuevan su utilización y generalización (15).

En varios países el Estado y organizaciones intermedias (colegiado de profesionales o academias) administran y monitorean estas guías y protocolos de diversas maneras actuando como repositorios de la información (49, 50, 51).

La protocolización:

1. Asegura que se realicen las mejores prácticas disponibles para reducir la incidencia de conductas auto-

lesivas con o sin intencionalidad suicida (CASIS y CS respectivamente)

2. Facilita el entrenamiento de profesionales en formación
3. Disminuye el *burn out* del profesional y del equipo
4. Ha demostrado ser eficaz
5. Permite investigar procedimientos basados en evidencia (25, 26)

Los escollos que presupone construir esta herramienta están vinculados a la tendencia de pensar a las listas como prescripciones, carentes de flexibilidad y ligadas a un modelo exclusivamente. Esta es una diferencia sustancial con cualquier protocolo o algoritmo usado por ejemplo en la sala de terapia intensiva o cardiología.

Otro de los problemas está vinculado a la dificultad de usar el protocolo en todos los contextos de intervención; pero esta dificultad se reduce si el profesional es entrenado, acompañado por un equipo o comunidad y supervisado.

Al momento actual, tras un análisis en las citas del *medline* y *psychoinfo*, que la internación psiquiátrica sea una herramienta válida en la prevención o el tratamiento del suicidio en pacientes crónicamente suicidas.

Es decir, sabemos que las indicaciones generalizadas como la internación psiquiátrica de todos los consultantes con CASIS y CS no mejora la sobrevida, pero sin duda aumenta las posibilidades de reinternación en el futuro. Sin embargo, tener en cuenta si la internación es aversiva o funciona como refuerzo de la conducta para este paciente en particular puede ayudarnos a generar una respuesta más adecuada y mejorar la eficacia del recurso.

Por ejemplo, algunas personas quieren ser cuidadas más activamente y atendidas con mayor intensidad. Si esto sólo ocurre cuando ha sido internada, es posible que las conductas suicidas tengan este refuerzo -ser efectivamente cuidado 24 horas. Si el consultante tiene un episodio de sobreingesta de medicamentos que no reviste extrema peligrosidad para su vida, decidir la internación sólo reforzará la conducta y él perderá la oportunidad de un nuevo aprendizaje.

Con consultantes crónicamente suicidas y/o con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, la sugerencia general es evitar la internación.

Asistirlos para "*luchar mientras la situación está que arde*", es decir: afrontar el problema que causa la crisis o emplear herramientas para tolerar y sobrevivir, es parte crucial del tratamiento.

Las CASIS y CS ocurren con mayor frecuencia en personas con antecedentes de CASIS y CS, y como el caso de trastornos por uso de sustancias, la abstinencia no previene la recaída, es más, la anuncia.

Es necesario observar las conductas que anteceden a las conductas autolesivas para determinar si:

- a. La conducta autolesiva es *respondiente*, es decir si en verdad es una forma particular de resolver un problema y de hecho tiene la función de evitar o escapar de un evento aversivo. Las conductas *respondientes* son suscitadas automáticamente por una situación o evento,

son el resultado de condicionamiento clásico de la conducta y responden a los eventos precedentes y no a las consecuencias.

La ideación, la CASIS o la CS son en sí mismas evitativas o son un escape.

b. O son controladas por las consecuencias, y son *operantes* sobre el contexto siendo los resultados los que refuerzan su aparición. En este último caso es la consecuencia la que refuerza la conducta (desear más atención y recibirla, conseguir que la persona querida regrese, desear un aumento de medicación y obtenerlo) (3, 43).

Esta diferencia indica al terapeuta la línea a seguir: promueve el afrontamiento y la aceptación o la modificación de las consecuencias y/o del contexto (31, 36).

Tener en cuenta la variable sobre si la internación es aversiva o reforzadora de CASIS, puede ayudarnos a armar una respuesta protocolizada y mejorar la eficacia del recurso (18, 24).

Siguiendo esta lógica, el protocolo no debería sugerir internar a todos los consultantes con CASIS, pero para no dejar esto a intuición clínica, deberíamos saber si el paciente desea o no internarse, cómo esto funcionó en otras ocasiones -la historia previa-, si la internación es una forma de evitar resolver problemas, y si deliberadamente tiene efectos en el contexto.

Por otro lado, entendemos que los consultantes severamente perturbados funcionan mejor en un programa de tratamiento que en un tratamiento sin programa. Y, para armar el esqueleto de un programa es vital manualizar sus prácticas -sino el programa se vuelve críptico e intransmisible dentro de la comunidad de terapeutas (19, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 35).

Se recomienda la internación breve de 24 a 72 horas aproximadamente si (19, 27, 28, 29, 30):

1. El paciente está con alucinaciones que indican suicidarse.
2. El riesgo es mayor que una internación inapropiada para el tratamiento.
3. Las amenazas operantes están escalando y el paciente no quiere ser internado.
4. La relación terapeuta-paciente está seriamente restringida o dañada.
5. Razones de monitorización farmacológica.
6. El paciente necesita protección durante el período de exposición del tratamiento de un trauma severo.
7. Vacaciones de tratamiento: que el terapeuta o el equipo no acuerden con la hospitalización, no significa que ellos devengan la hospitalización. Por momentos los pacientes o las familias requieren de tanta intensidad de tratamiento que es imposible administrarla en ambulatorio.
8. El paciente no considera realizar tratamiento ambulatorio o no responde a él o las conductas que interfieren con la terapia la imposibilitan el mismo y el paciente presenta depresión o ansiedad incapacitante.
9. El paciente está sobrepasado por la crisis de una manera en la que es mejor una mala internación a un buen tratamiento ambulatorio y se evita escalar con el paciente en la demanda de su internación.

10. Aparecen en la evolución síntomas psicóticos por primera vez y el contexto o el tratamiento ambulatorio no pueden sostenerse.

Comentarios sobre diseño y administración

El protocolo que presentamos atiende a ciertas particularidades de la comunidad de terapeutas de una institución -su orientación teórica es básicamente cognitivo conductual y sistémica-, y se han adecuado el lenguaje y los métodos. Está redactado en un lenguaje informal (segunda persona singular vos) para volverlo amigable pero no es dubitativo sino directivo y contiene casilleros de autollenado para chequear.

Se ha acordado con los profesionales usarlo siempre que el consultante refiera ideación suicida. Si eso sucede, el clínico debe reorientar la entrevista y centrarla en este tema. Se sugiere que la intervención no finalice hasta que la conducta se extinga.

El protocolo de suicidio está constituido de dos partes: Procedimientos Generales y Gestión, para evaluar e intervenir respectivamente.

La entrevista debe finalizar con una estrategia de manejo de contingencias, o al menos una *hoja de crisis*.

Es altamente probable, de hecho es lo más predecible, que en tratamiento que se está conduciendo, estas conductas vuelvan a ocurrir. Para ello la prevención y la *hoja de crisis* son vitales para asegurar, al menos, que siga vivo. Debe constituirse de una lista de acciones como números de teléfono, lugares donde asistir, hasta técnicas de reducción del malestar. Lista que debe ser co-construida, ejercitada y ensayada (19, 27, 28, 29, 32). Diversos programas tienen formatos que contienen una serie de respuestas asertivas para dirigirse en esos momentos.

Refiere la literatura que muchas personas sobreviven gracias a sus creencias religiosas o razones para vivir (7, 13, 45). Por eso se alienta a hablar abiertamente sobre las creencias o administrar inventarios como el *Inventario de Razones para Vivir* (23, 42). Y se desalientan aquellas intervenciones que sólo evalúan riesgo (44).

Como se puede observar, este protocolo no incluye prescripciones habituales como la internación o la medicación. Ambas estrategias no están validadas para el tratamiento de pacientes suicidas, salvo, claro está, que el diagnóstico del eje I del DSM IV así lo sugiera (20). Más allá de esto, la conducta y la ideación no son patrimonio de ningún diagnóstico y, la mejoría clínica -o empeoramiento- a veces no se correlacionan con la intensidad de las ideas suicidas, de las CASIS o CS.

La sesión con un consultante con ideación suicida, es una oportunidad singular. Todas nuestras acciones, por ejemplo la indicación de ajustes de medicación, deben ser consideradas también a la luz de los principios del aprendizaje.

Contrato de no suicidio vs declaración de compromiso con el tratamiento

Casi el 70% de los profesionales de la salud mental en los Estados Unidos utilizan Contratos de No Suicidio o

de Seguridad, práctica cada vez más extendida en nuestro medio. En el reporte de Kroll, el 40% de los encuestados habían tenido pacientes que a pesar de estos contratos, sus pacientes habían hecho tentativas o cometido suicidios (16).

La evidencia y el consenso de expertos opinan que no es recomendable este tipo de acuerdos, incluso las revisiones médico-legales advierten que no protegen a los profesionales de la *mala praxis* (8, 10, 18, 40).

Por otro lado, los reportes de casos y algunos colegas empíricamente reportan su funcionalidad. La pregunta quizá se vincula con el dato de que la alianza terapéutica es el mejor predictor de cambio (47). Esto podría implicar que la relación y el tratamiento son en sí mismos protectores para el suicidio.

Rudd, Mandruskian y Joiner proponen una variante que requiere ser testeada, pero es novedosa: reemplazar ese contrato de no dañarse o no intentar matarse, por un *compromiso de realizar tratamiento*. Este compromiso ha sido utilizado sistemáticamente con éxito en varios programas para pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias, en Trastornos del Comer y en Trastorno Límite de la Personalidad. Uno de los propósitos de los tratamientos es obviamente la suspensión de la conducta problema, sin embargo el énfasis se hace en efectivamente hacer tratamiento (4, 11, 19, 21, 27, 28, 29, 30).

Estos autores plantean que los consultantes acuerden, por manuscrito, un compromiso de estar en tratamiento un tiempo determinado. Esto quizás es más tolerable y menos desafiante que mantenerse vivo. Evidentemente no se puede hacer tratamiento si se está muerto.

Objetivos y metas:

1. Es una intervención clínica no administrativa o legal.
2. Debe facilitar la comunicación honesta y productiva en la alianza terapéutica.
3. Debe favorecer una relación igualitaria y colaborativa.
4. Debe evitar la actividad-pasividad y promover la motivación.
5. Establece como objetivo el tratamiento como conducta por encima del suicidio.
6. Debe contemplar el uso de los recursos para las crisis.
7. Debe aumentar la esperanza.
8. Debe salvar vidas.

Finalmente el protocolo propone que el terapeuta haga un ejercicio de *conciencia plena o mindfulness* (12) al cierre de sesión. Trabajar con consultantes severos tiene efectos en la vida de los psiquiatras y psicólogos, a veces afectando la vida personal, la salud o incluso en desempeño laboral (5, 9, 17).

La conciencia plena o mindfulness es un estado de atención sobre el presente, el aquí y ahora, sin componentes de juicio o valorativos. Requiere de detenerse y observar ese momento contemplativamente. Existen una miríada de ejercicios o simplemente actitudes que se relacionan con esto. Incluir esta modesta instrucción,

aunque podría ser otro con iguales objetivos -detener el flujo de pacientes por una hora, salir de la consulta, caminar o simplemente sentarse cómodo y respirar profundamente por unos minutos-, le recuerda al terapeuta que debe prestar atención a sí mismo, al cuidado de la persona del terapeuta. Porque sin terapeuta tampoco hay terapia.

Protocolo general para asistir a personas con ideas suicidas

El presente protocolo es una guía que requiere que durante la sesión chequeés los casilleros de la izquierda para asegurarte una práctica estable, basada en la evidencia y humanizada durante entrevistas con consultantes con problemática suicida. Debés diferenciar consultantes con problemas crónicos, agudos o crónicos con reactivación aguda.

Procedimientos Generales

1. Hablá abiertamente y con un sentido práctico sobre suicidio.
2. Evitá comentarios peyorativos de la conducta suicida o de los motivos.
3. Presentá la conducta suicida como una respuesta a un problema y sostené la postura que el suicidio es una solución poco adaptativa o ineficaz.
4. Incluí otros significativos y/o otros terapeutas.
5. Agendá sesiones con la frecuencia necesaria, pero mantené las agendadas para que cierto tiempo sea dedicado a objetivos a largo plazo.
6. Mantenete atento a la multitud de variables que afectan al consultante y evitar hablar omnipotentemente o aceptando la responsabilidad sobre las conductas suicidas y sus consecuencias.
7. Estate atento a los principios del aprendizaje: qué situaciones y conductas (incluso tuyas) son un refuerzo positivo, negativo o adversivo de la conducta suicida.
8. Hablá, si es posible, de creencias religiosas y de razones para vivir.
9. Mantenete en estado de interconsulta o supervisión.
10. Está bueno realizar registros entre sesiones, está malo entregar encuestas o escalas al final de la sesión.
11. Aumentá o disminuí la gravedad según su función (refuerzo o adversivo).
12. Mantené un contacto ocasional y no demandante con aquellos consultantes que dejaron o rechazaron la terapia.

Procedimientos para el manejo de contingencias

1. No fuerces al consultante a recurrir a la "charla suicida" para obtener tu atención.
2. Expresá tu solidaridad y comprensión abiertamente; brindá atención y calidez no contingente.
3. Clarificá y reforzá las respuestas no suicidas a los problemas.
4. Describí las respuestas de un grupo de trabajo o

terapeuta a las conductas suicidas de un consultante incluso si comete suicidio. Estate seguro que estas respuestas no son un refuerzo a las sucesivas aproximaciones a conductas suicidas. Estás implicado: hablá de vos (*autorevelación*) previamente considerando efectos (refuerzo o adversivo).

5. Asegurate que el consultante tiene expectativas realistas sobre la respuesta de los otros significativos frente a las conductas suicidas, especialmente aquellas que no son reforzadoras de la conducta.

Indicaciones para evaluar el riesgo inminente de S o PS

- Indicadores Directos:

1. Ideación suicida actual.
2. Tentativas suicidas actuales.
3. Planificación o preparación suicida actual.
4. CASIS en el último año, especialmente si refiere intencionalidad suicida.

- Indicadores Indirectos:

1. El paciente tiene riesgo epidemiológico (grupo de riesgo).
2. Referencias indirectas a la propia muerte.
3. Arreglar cosas de la vida o la muerte.
4. Pérdida reciente de alguna relación significativa.
5. Alteraciones negativas en el contexto en el último mes.
6. Asistencia médica reciente.
7. Desesperanza, enojo o los dos.
8. Aumento de la perturbación psicológica.
9. Indiferencia o insatisfacción con la terapia.
10. Antecedentes de fugas o regresos de salidas y permisos antes de tiempo.

- Indicadores en las próximas horas o días:

1. Nota suicida escrita o por escribir.
2. Métodos disponibles o fácilmente disponibles.
3. Mostrarse precavido frente a la intervención o el descubrimiento de una conducta, decepción frente al descubrimiento.
4. Uso o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.
5. Depresión mayor con: agitación, ansiedad, ataques de pánico, severa rumiación o compulsión, insomnio, severa anhedonia, disminución de la concentración, indecisión, antecedentes de episodios cicloides.
6. Aislamiento.
7. Primeras 24 de cárcel o restricción.
8. Noticias en los medios sobre suicidio.

- Otras Variables a tener en cuenta (son importantes los antecedentes):

¿La conducta suicida es *respondiente*? (Conducta *respondiente* es automáticamente suscitada por una situación o evento. La conducta está bajo el control de los eventos precedentes, no de las consecuencias. El suicidio es una salida de una situación adversiva) *Trabajá con el evento*.

¿La conducta suicida es *operante*? (Conducta operante es controlada por las consecuencias) *Trabajá con las consecuencias*

¿La conducta es *mixta*? *Trabajá lo que la suscita y consecuencia*

Gestión de la conducta suicida aguda

- *Evaluá el riesgo de Suicidio.*
- *Explorá el problema AHORA.*
- Identificá los eventos que pueden haber iniciado la respuesta emocional actual.
- Formulá y sumariá la situación problema con el consultante.
- *Focalizá en resolución de problemas inmediatamente.*
- Indicá enfáticamente para no cometer suicidio o parasuicidio.
- Persistí en la idea que el suicidio no es una buena solución, sólo la mejor que ha encontrado.
- Predecí las consecuencias futuras de varios planes de acción.
- Confrontalo en sus ideas y conductas.
- Da consejo y hacé sugerencias directas.
- Ofrecé soluciones desde la perspectiva de los recursos del paciente o por aprender.
- Clarificá y reforzá las respuestas adaptativas por parte del consultante, especialmente ideas de resolución de problemas adaptativas o formas más adaptativas que usó en situaciones similares anteriores.
- *Registrá factores ambientales de alto riesgo.*
- Reducí la disponibilidad de elementos letales, convencé de que los quite o quitálos o hacelos quitar.
- Remové o contrarrestá las contingencias positivas para CASIS Y CS.
- Clarificá las contingencias asociadas con la conducta suicida vs las conductas no suicidas.
- Resaltá las consecuencias negativas.
- Resaltá las consecuencias positivas de las conductas no suicidas.
- Aumentá la red social.
- Reducí o quitá los eventos estresantes o demandas
- (Internación) observá: ¿Es operante o *respondiente*?

- Prestá atención y validá el afecto en lugar del contenido.
- Focalizá en tolerancia del afecto para el momento.
- Considerá el tratamiento farmacológico – intentá estar atento a los efectos de cambiar la medicación durante las crisis... a veces son refuerzo positivo, negativo o adversivo de la conducta problema.
- Generá esperanza y razones para vivir al menos para el momento (si decidís usar la entrevista “Razones para Vivir” hacelo dentro de sesión).
- *Reforzá el progreso, extinguí la respuesta suicida.*
- *Localizá y resolvé problemas, identificá los factores que interfieren con un plan de acción.*
- *Compromete y comprometé a un plan de acción* (atención con contratos de no S o no CASIS, que sea realista y a corto plazo si decidís usarlos).
- *Anticipá y planificá para la recurrencia de respuestas de crisis (hoja de crisis).*
- Considerá un *compromiso de tratamiento.*
- *Reevaluá el riesgo de S y PS antes del cierre de la sesión, revisá límites personales y acuerdos.*
- *Escribí en la Historia Clínica.*
- *Tomate unos minutos de Conciencia Plena.*

Reflexiones finales

Los pacientes con ideas de suicidio, conductas suicidas, y conductas auto-lesivas sin intencionalidad suicida son un desafío permanente a la clínica en salud mental contemporánea.

La utilización de programas de tratamiento y protocolos de asistencia nos permite: saber que estamos haciendo lo posible en el estado del arte, aceptar la limitación de los recursos disponibles -aceptando la falibilidad de nuestra práctica-, y evitar el aislamiento de la persona del terapeuta ■

Referencias bibliográficas

1. Barley WD, Buie SE, Peterson EW, Hollingsworth AS, Griva M, Hickerson SC, Lawson JE, Bailey BJ. The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *J Pers Disord* 1993; 7 (3): 232-240.
2. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Boehme R, Linehan M. Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder--A prospective study. *Behav Res Therapy* 2000, 38(9): 875-887.
3. Caballo VE. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, 1998.
4. Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord* 2008; 41 (6): 505-12.
5. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-

- analysis. *J Altern Complement Med* 2009; 15 (5): 593-600.
6. Comtois A. Review of interntventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1144.
 7. Disayavanish C, Disayavanish P. A Buddhist approach to suicide prevention. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (8): 1680-8.
 8. Drew BL. Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings *Arch Psychiatr Nurs* 2001; 15 (3): 99-106.
 9. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc psychiatry* 2004; 50 (1): 54-65.
 10. Garvey KA, Penn JV, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37 (3): 363-70.
 11. Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom* 2009; 78 (4): 245-53.
 12. Kabat-Zinn J. *Coming to our Senses*. Hyperion, New York, 2005.
 13. Kaczor C. Faith and reason and physician-assisted suicide. *Christ Bioeth* 1998; 4 (2): 183-201.
 14. Kaminer Y, Napolitano C (2004). Dial for therapy: Aftercare for adolescent substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43 (9): 1171-1174.
 15. Kolata G. Program Coaxes Hospitals to See Treatments Under Their Noses. *New York Times*; December 25, 2004.
 16. Kroll J. Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (10): 1684-6.
 17. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 186-9.
 18. Lewis LM. No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide Life Threat Behav* 2007 Feb;37(1):50-7. Review.
 19. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York, Guilford Press, 1993.
 20. Linehan MM. Suicide Intervention Research: A field in Desperate Need for Development. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38 (5): 483-5.
 21. Linehan MM, Dimeff LA. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Psychiatry Res* 2009; 170 (1): 86-90.
 22. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (7): 757-66.
 23. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 276-286.
 24. Linehan MM. *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York, The Guilford Press, 1993.
 25. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
 26. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
 27. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 971-974.
 28. Linehan M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. New York, Guilford, 1993.
 29. Linehan MM. *Skills Training Manual of Treating Borderline Personality Disorder*. University of Washington. New York-London, The Guilford Press, 1993.
 30. Linehan MM, Heard HL. Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients. Reply. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (2): 157-158.
 31. Mangnall J, Yurkovich E. A literature review of deliberate self-harm. *Perspect Psychiatr Care* 2008; 44 (3): 175-84.
 32. McKay M, Wood J. *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook. Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation & Distress Tolerance*. New Harbinger Publications Inc., 2007.
 33. McCann RA, Ball EM, Ivanoff A. DBT with an Inpatient Forensic Population: The CMHIP Forensic model. *Cogn Behav Pract* 2000; 7: 447-456.
 34. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Ratichek S. Customizing Treatment to the Patient: Adaptive Treatment Strategies. *Drug Alcohol Depend* 2007; 88 (suppl. 2): S1-S3.
 35. McMMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (12): 1365-74.
 36. Miller A, Rathus J, Linehan M. *Dialectical Behavioral Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, Guilford Press, 2007.
 37. Miller A, Glinski J, et al. Family therapy and Dialectical Behavior Therapy with adolescents. *Am J Psychother* 2002; 56 (4): 568-602.
 38. Miller A, Ratzus J, Linehan M. *Dialectical Behavioral Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, Guilford Press, 2007.
 39. Miller A. Dialectical Behavior Therapy: a new approach for suicidal adolescents. *Am J Psychother* 1999; 53 (3): 412-417.
 40. Mintz RZ. *Psychotherapy of the suicidal patient*. En: Resnik HLP (ed). *Suicidal Behaviours: Diagnosis and Management*. Boston Little, Brown, 2008.
 41. Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 828-833.
 42. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, De la Cruz V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory (RFL). *Hispanic J Behav Sci* 2000; 22: 369-380. Disponible en: <http://www.trastornoborderline.com/pdfs/razonesparavivir.pdf>
 43. Pryor K. *No lo mates... enséñale! El arte de enseñar y adiestrar. Modelado, reforzamiento positivo y técnicas de modificación de la conducta*. Kns Ediciones, 2006.
 44. Reynolds SK, Lindenboim N, Comtois KA, Murray A, Linehan MM. Risky assessments: participant suicidality and distress associated with research assessments in a treatment study of suicidal behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (7): 757-66.
 45. Robins A, Fiske A. Explaining the relation between religiosity and reduced suicidal behavior: social support rather than specific beliefs. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39 (4): 386-95.
 46. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner Jr TE. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol* 2006; 62 (2): 243-51.
 47. Seligman M. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *Am Psychol* 1995; 50 (12): 965-974.
 48. Shneidman E. *Definitions of suicide*. John Wiley & Sons, 1985.
 49. www.guideline.gov
 50. www.sign.ac.uk
 51. www.cochrane.org

La perspectiva de Derechos Humanos, un instrumento para abordar situaciones clínicas complejas

Laura Dolores Sobredo

*Médica. Especialista en Psiquiatría
Integrante del equipo de trabajo del CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) Docente del departamento de Salud
Mental, Facultad de Medicina, UBA
E-mail: lausobredo@hotmail.com*

Roxana Amendolaro

*Psicóloga. Investigadora del equipo de trabajo del CELS
Docente Regular de la materia "Teoría y Técnica de Grupos", Facultad de Psicología, UBA*

Mariano Laufer Cabrera

*Abogado. Integrante del equipo de trabajo del CELS
Docente en las materias "Derechos Humanos y Garantías" y "Salud mental
Tutela Jurídica", Facultad de Derecho, UBA*

Introducción

En épocas de crisis paradigmática para una disciplina, como podemos nombrar la actual para la psiquiatría (11), la necesidad de construir instrumentos que permitan pensar e intervenir en las que podemos llamar situaciones complejas resulta una tarea ineludible. Pensamos como situaciones clínicas complejas aquellas que ponen en tensión y denuncian la ineficacia de enfoques

reduccionistas, aquellas que comprometen hondamente la vida de las personas por ellas afectadas, aquellas intervenciones en las que es difícil rescatar como objetivo la salud y el proyecto de vida independiente para sus destinatarios. La internación involuntaria, la decisión de implementar un tratamiento que potencialmente pueda resultar en algún daño grave para quien lo recibe, la gran

Resumen

El presente artículo aborda la posibilidad de comprender e intervenir en situaciones clínicas complejas desde una perspectiva de Derechos Humanos. Para ello se reseña la normativa vigente en Derechos Humanos relacionada con la Salud Mental (en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) y se toman como ejemplos de una intervención desde la antedicha perspectiva los conflictos de las dobles lealtades y el acceso a la justicia de las personas a quienes se les indica una internación involuntaria. La pregunta que recorre este texto es: ¿Qué prácticas cotidianas de los profesionales de la salud desconocen la ley y resultan violatorias de derechos fundamentales?

Palabras clave: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - Doble lealtad - Internación compulsiva y acceso a la justicia - Capacidad jurídica.

THE HUMAN RIGHTS PERSPECTIVE, A TOOL TO ADDRESS COMPLEX CLINICAL SITUATIONS

Summary

The present article approaches the possibility of understanding and taking actions in difficult clinical settings from a Human Rights perspective. A review of the actual norms in Human Rights (particularly the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) is made together with an analysis of the conflicts of dual loyalty and the access to justice of those persons who are compulsory hospitalized. The question that crosses this text is: which are the usual practices of the health professionals that ignore the law and results in Human Rights violations?

Key words: Convention on the Rights of Persons with Disabilities - Compulsory hospitalization - Dual loyalty - Access to justice - Legal capacity.

restricción de las libertades personales que significa en general una internación, la difícil ecuación entre estas restricciones y la preservación de la vida o la vida que proponemos a los pacientes¹ en contextos en los que lo único que se hace visible como beneficioso es que no podrán matarse, son algunos ejemplos junto con tantas otras que en la enumeración anterior acudirán seguramente a la memoria del lector.

El valor de la transdisciplina y de la intersectorialidad puede ya en estos tiempos reconocerse como una vieja buena nueva en el campo de la psiquiatría. La psiquiatría es una especialidad médica cruzada desde sus orígenes por el saber de otros campos que la construyen, la moldean, la cambian conforme al momento histórico en cuestión. La clínica psiquiátrica se constituye así cerca y lejos de saberes tan complejos y dispares como la biología molecular, la historia y la lingüística por citar sólo tres (seguramente escasos) ejemplos.

La perspectiva de Derechos Humanos (DDHH) puede pensarse como un atravesamiento relativo a la tarea clínica que toma en consideración la dignidad como valor y, en consecuencia, todas aquellas situaciones en las que los DDHH de aquellos que intervienen en la misma pueden ser o son vulnerados. Desde esta perspectiva podemos analizar el impacto de una determinada forma de abordaje terapéutico en la posibilidad de que las personas afectadas por patologías psiquiátricas vean vulnerados sus derechos fundamentales y reconocer en qué medida colabora o no una intervención clínica a resguardar y promover estos derechos. Nombramos aquí como tarea clínica, intervención clínica o formas de abordaje terapéutico a aquellas situaciones particulares de la clínica individual. Idéntica perspectiva resulta necesaria en relación con aquellas acciones que competen a la organización de servicios de atención o a la planificación de políticas públicas que les dan marco a las mismas.

En este texto nos proponemos definir el campo de los DDHH y su relación con la salud mental, reseñar el modelo en que se basa la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD) y proponer una utilización posible de la perspectiva de DDHH en la lectura de dos situaciones habituales en la clínica: el conflicto de las dobles lealtades y el acceso a la justicia de las personas con patología psiquiátrica a quienes se indica una internación involuntaria.

De qué hablamos cuando hablamos de Derechos Humanos. El marco inicial

Si bien pueden parecer obvias, creemos necesario acercar al lector algunas precisiones en relación con la definición, los orígenes y el ordenamiento del que podríamos llamar campo disciplinar de los Derechos Humanos.

Los DDHH pueden ser descriptos como derechos de los individuos en la sociedad que pueden constituir recla-

mos válidos, legítimos y justificados de derechos esenciales para la dignidad humana. Sostienen la idea de que los seres humanos tienen derecho a determinado nivel de dignidad y respeto sólo por su condición de seres humanos. El campo de los DDHH regula las relaciones de los estados entre sí y del estado con los individuos. Los tratados internacionales de DDHH son ratificados por los estados que se comprometen a que los estándares allí señalados se vean efectivamente reflejados en la legislación local (12). Algunas de las normas internacionales de DDHH tienen rango constitucional en nuestro país.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactada en 1948, es la carta fundacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) al final de la Segunda Guerra Mundial. En ese particular contexto histórico en que los estados habían sido claramente responsables de graves violaciones a la dignidad de las personas, en que el genocidio podía reconocerse como consecuencia de la guerra, las condiciones políticas permitieron (o tal vez requirieron) la redacción de este documento que ya forma parte de ley consuetudinaria y que tomaremos en esta breve descripción como el inicio del sistema de DDHH aún hoy vigente en Occidente. La Declaración Universal enumera derechos específicos que comprometen a los Estados que la han adoptado incluyéndola en sus legislaciones. Allí se mencionan el derecho a la libertad, a la igualdad ante la ley, a la no discriminación, a la privacidad, el acceso a un juicio justo en tribunales independientes e imparciales en caso de requerirlo, a la participación en la vida social y cultural, la prohibición de la tortura, de los tratos crueles inhumanos y degradantes y de la esclavitud, por mencionar sólo algunos que aludiremos en este texto. Luego, para alcanzar mayores precisiones y operativizar los contenidos de la Declaración Universal, se redactaron otros dos acuerdos básicos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966) (los tres forman la Carta de las Naciones Unidas) y otros numerosos acuerdos que sancionan una amplia variedad de derechos. Los instrumentos regionales de DDHH, como los redactados por la Organización de Estados Americanos, tienen como ventaja reflejar con más precisión las realidades locales, son más cercanos culturalmente y resultan sumamente valiosos en el proyecto de los DDHH de la región.

Limitándonos a la breve enumeración de algunos derechos enunciados en la Declaración Universal es ostensible su relación con las situaciones clínicas complejas que nombrábamos en el inicio del texto y la enorme posibilidad de que el psiquiatra en su actividad viole o respete innumerablemente en un largo día de trabajo algunos de estos acuerdos. En la mayoría de las ocasiones, por la asimetría de poder que entraña la relación médico paciente², es el paciente quien se encuentra en situaciones de enorme desconocimiento e imposibilidad de ejercicio

¹ Se utilizarán indistintamente los términos "pacientes", "personas usuarias de los servicios de salud mental", "personas con discapacidad mental" o "personas con discapacidad psicosocial". En tal sentido, se han contemplado los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse. Estos términos también incluyen a personas que puedan estar sujetas a discriminación basándose en la percepción de que tienen una enfermedad o un historial previo de discapacidad mental.

² Ver Punto 17 del Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, 10 de agosto de 2009, ONU, doc. A/64/272, disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf>>.

o franca violación de sus derechos como ciudadano. Pero nadie queda intacto cuando estas situaciones se plantean. El daño a las personas que desconocen, aceptan o naturalizan las prácticas gravemente violatorias de los DDHH de los pacientes incluyen: el deterioro de su capacidad como profesionales de la salud, la posibilidad de convertirse en los hechos en un operador de técnicas que están muy alejadas de la inclinación vocacional que los llevó, en la enorme mayoría de los casos a dedicarse a la profesión, así como encontrarse frente a profundos conflictos éticos y situaciones de potencial riesgo en relación con la justicia.

La legislación en DDHH impone deberes al estado de resguardo y promoción de los derechos fundamentales y limita la intervención estatal en la libertad de las personas. También el estado tiene el deber de asegurar que la conducta de los actores privados (individuos o instituciones) es consistente con los DDHH. Por ejemplo el estado tiene el deber de regular, controlar y eventualmente sancionar a los actores privados que intervengan en cuestiones relacionadas con los compromisos adquiridos en el terreno de lo DDHH como la salud, la discriminación, la prohibición de la esclavitud, de la tortura o de los tratos crueles inhumanos y degradantes.

Claramente excede las pretensiones de este texto la reseña de la legislación vigente. Sí es necesario precisar el campo de los DDHH si proponemos "leer" la práctica clínica desde ese campo. Tampoco podemos dejar de mencionar con claridad la necesidad de acercarse con una mirada crítica a este campo disciplinar, tener presentes las múltiples variables históricas y políticas de la creación y el desarrollo del movimiento de DDHH. El acercamiento prejuicioso impide conocer lo nuevo. La adhesión fervorosa que excluye la reflexión puede conducir, en el mejor de los casos a hondas desilusiones. Estas dos variables deben ser contempladas si se intenta incluir en el abordaje técnico, en el trabajo de los psiquiatras, una perspectiva de DDHH.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Un instrumento específico

Las personas con discapacidad mental, aquellos que padecen patologías psiquiátricas, han sido invisibles y marginadas de la garantía de ejercicio de sus derechos fundamentales en muchas sociedades, incluida la nuestra. Conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono, y un grupo de riesgo con "debilidad jurídica estructural", lo que conlleva la necesidad de una protección especial de parte del derecho y del sistema judicial en su conjunto.

La Convención sobre los Derechos de las Personas

con Discapacidad (en adelante Convención) constituye el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI (5). Es importante subrayar el destacado papel que cumplieron, durante el proceso de su elaboración, las organizaciones de personas con discapacidad.³ Así, este instrumento otorga visibilidad al grupo dentro del sistema de protección de DDHH de las Naciones Unidas e identifica claramente el fenómeno de la discapacidad como una cuestión de DDHH. Al mismo tiempo, brinda una herramienta jurídica vinculante al momento de garantizar la satisfacción de esos derechos. La ratificación de la Convención por parte de la Argentina se presenta como una oportunidad inmejorable para llevar adelante las reformas que fortalezcan el reconocimiento de la autonomía de este grupo. En particular la Convención establece la obligatoriedad de que los Estados reconozcan la titularidad de derechos y garanticen su ejercicio pleno y en igualdad de condiciones para todas las personas con discapacidad. La Convención se funda en el "modelo social" de la discapacidad y en la lucha de las propias personas con discapacidad para autoafirmarse como ciudadanos con igual dignidad y valor que los demás (8).

La dignidad como valor ha sido un factor crucial en el pasaje hacia una perspectiva de la discapacidad basada en los DDHH. De acuerdo con el modelo social, las discapacidades son producto del encuentro entre las personas que experimentan un determinado impedimento y las barreras sociales que limitan su capacidad para participar en condiciones de igualdad en la sociedad. En consecuencia, la Convención determina que los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar su participación efectiva en cada una de las actividades de la vida en comunidad. En este sentido, mientras que el sistema judicial argentino se basa en un modelo tutelar de incapacitación que sustituye a las personas con discapacidad mental en la toma de sus decisiones, el modelo social propone un sistema de "toma de decisiones con apoyo". Así, en lugar de privar al individuo de su capacidad legal e instalar un tutor o curador para que cuide sus intereses, reforzando su pasividad, deben crearse condiciones que ayuden a que la persona pueda obrar con impulsos propios (7). Uno de los principios que guían esta metodología supone asumir la dignidad del riesgo y del derecho a transitar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades.⁴

Dos ejemplos: el conflicto de las dobles lealtades y la capacidad jurídica

Las dobles lealtades

El concepto de las dobles lealtades ha sido elaborado por un grupo de expertos en salud que reflexiona y propone un abordaje de aquellas situaciones del trabajo en

³ Para mostrar la importancia del ejercicio pleno del derecho a la participación, cabe recordar algunas de las frases expresadas por organizaciones de personas con discapacidad durante el proceso de redacción de la Convención, entre ellas: "No nos sustituyan, inclúyanos" o "nada sobre nosotros sin nosotros".

⁴ Véase Tina Minkowicz, "La capacidad legal inherente y la toma de decisiones con apoyo", ponencia presentada en la conferencia regional "Implementación de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Latinoamérica: asociaciones, estrategias y acción", ciudad de México, México, 15 y 16 de abril de 2008.

salud en las que se plantea un conflicto entre la lealtad al paciente y a terceras instancias (la familia, las compañías de seguros, la institución que interviene, el Estado, etc.). El concepto ha sido desarrollado a partir de situaciones de colaboración de profesionales de la salud en graves violaciones a los DDHH en Sudáfrica durante el apartheid (9). Lejos de las situaciones de grave riesgo para la integridad personal y laboral del personal de salud y de los pacientes que han sido reales y concretos en ese escenario y en otros, sí es moneda corriente en nuestra realidad cotidiana que estén incluidas prácticas violatorias de derechos fundamentales de un modo tácito en el contrato de trabajo que el personal salud mantiene con la institución para la que trabaja.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948) es aquella que reemplaza al Juramento Hipocrático luego de los crímenes contra la humanidad perpetrados por médicos durante la Segunda Guerra Mundial y que en nuestro país los profesionales de la salud “juran” y se comprometen a respetar en un acto al final de la formación académica. Allí se menciona el deber de “velar *ante todo* por la salud de mi paciente”, lo que en este contexto podríamos llamar la lealtad a la salud del paciente. Y también alude a otros derechos fundamentales refiriéndose a la privacidad, el respeto por la vida o la no discriminación. Así de tempranamente los profesionales de la salud se comprometen a respetar los derechos fundamentales. Tempranamente, cada uno en el ejercicio de sus profesiones y tempranamente en relación con la legislación en DDHH.

Las instituciones cerradas como las cárceles, los cuarteles, los hospitales psiquiátricos, las situaciones de discriminación a ciertos grupos sociales estigmatizados, la violación del derecho a la salud y al consentimiento informado en sistemas públicos o privados pueden conducir a los profesionales de la salud a implementar tratamientos que violan derechos fundamentales (6).⁵

En las situaciones de doble lealtad, el profesional de la salud subordina su lealtad con el paciente a su compromiso con el Estado, siendo el agente de la violación de DDHH cometida. O el profesional de la salud subordina su compromiso con el paciente a los intereses de un tercero no estatal (institución privada, sistema de medicina prepaga u otros) para quien trabaja. Recordemos que aun en esas circunstancias el Estado tiene el deber de asegurar que no se cometan violaciones a los DDHH.

Los profesionales de la salud, en tanto ciudadanos tienen “obligación de esforzarse en la consecución” de los derechos enunciados en la Carta de la ONU. Además de la condición de ciudadanos de los profesionales de la salud, la tarea profesional misma implica un acuerdo social (que se refleja en la matrícula o licencia profesional, un permiso que el Estado otorga para ejercer la profesión) por el cual la sociedad y sus instituciones proveen al profesional de la salud de cierto status, poder y prestigio a cambio de la garantía de que mantendrá cier-

tos estándares en su práctica. Así como resulta necesario aclarar cómo este acuerdo, como tantos otros contratos sociales, se ha visto vulnerado en ambos términos (el de la provisión de cierto lugar social y el de la garantía de cierto tipo de práctica) es urgente reflexionar en relación con la responsabilidad de los profesionales en el mantenimiento de situaciones que desconocen los derechos fundamentales de los pacientes en tanto ciudadanos.

Un profesional de la salud se vuelve cómplice de violaciones a los DDHH cuando interviene como agente de una institución (estatal o no) que viola derechos fundamentales o cuando sostiene prácticas naturalizadas en su disciplina que no respetan derechos fundamentales. El sistema de salud mismo viola derechos de los pacientes en cuestiones básicas como el acceso a la salud, la inadecuada distribución y ausencia de recursos o las cuestiones discriminatorias en su funcionamiento. La práctica clínica en ese medio puede inclinar al profesional de la salud a ser cómplice de graves violaciones a los DDHH más allá de su interés personal en la causa de los derechos de los pacientes.

El lenguaje de los códigos de ética que guían la práctica de los profesionales de la salud se ha ido “contagando” de las categorías de los DDHH. Por ejemplo, la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial (1975) se centra en eliminar la posibilidad de complicidad de los profesionales de la salud en la tortura o los tratos crueles inhumanos y degradantes.

Es habitual que los profesionales de la salud se encuentren familiarizados con categorías bioéticas necesarias para resolver situaciones clínicas graves (en general se encuentran este enfoque en las situaciones cercanas a la muerte), no es tan común que se tome en cuenta la dimensión de los DDHH en la práctica clínica. Los principios de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia son orientadores útiles también para intentar intervenir en situaciones complejas.

También es fácil evocar en relación con la cuestión de las dobles lealtades las declaraciones de conflicto de intereses. Por medio de estas declaraciones los profesionales dan a conocer los compromisos comerciales o financieros que podrían influenciar su tarea, en general en el ámbito de las publicaciones. Es un concepto acotado a un aspecto específico de la tarea profesional acuñado en clara relación con los compromisos que genera cierto modo de circulación del dinero (casi cualquier categoría podría incluirse en este modo de análisis como parte del sistema capitalista, también las demás que mencionamos).

La perspectiva de DDHH sería una posición más desde la cual evaluar, decidir y sostener cierto modo de intervención clínica que plantee y pretenda intervenir en este tipo de conflictos. En el ámbito de la salud el respeto de los DDHH como se expresan en los instrumentos internacionales y locales debe ser un marco ineludible desde donde resolver las situaciones de dobles lealtades. Desconocer este modo de análisis y no incluir esta perspectiva en la intervención conduce fácilmente a violar la normativa legal vigente.

⁵ Ver Punto 18 del Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, 10 de agosto de 2009, ONU, doc. A/64/272, disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf>>.

El derecho a la defensa y el acceso a la justicia de las personas usuarias de servicios de Salud Mental. Las internaciones forzosas

El modelo social de la discapacidad instala un nuevo paradigma que gira alrededor de la idea de entender que las personas con discapacidad son, indiscutiblemente y en igualdad de condiciones con los demás, sujetos de derecho.⁶

En el marco de este nuevo paradigma, las personas con discapacidad mental, en tanto sujetos de derecho, pueden y deben ser protegidas no solo de los diversos actores sociales que con los que interactúan sino también del accionar del Estado protector puesto que, al desempeñar esta función, éste puede cometer irregularidades y abusos como en cualquier otra esfera de actuación, o, aun procediendo de forma correcta, simplemente puede orientar su accionar hacia fines que no coinciden con los de la persona involucrada, que, por su parte, tiene derecho a defender su postura ante los actos que afectan su vida. Lograr la protección de la dignidad de alguien sometido a un proceso judicial en el cual se discute su capacidad legal depende de un cambio de paradigma para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la defensa en juicio, básico en cualquier sociedad democrática y en un Estado de derecho.

Tradicionalmente, y desde la sanción del Código Civil hace ya ciento cincuenta años, cuando el Estado interviene judicialmente para “proteger” a las personas con discapacidad mental lo hace a través de dos tipos de procesos: las interdicciones (inhabilitaciones o insanias) y las internaciones involuntarias o forzosas.

Por ejemplo, el derecho a la defensa técnica implica que, durante el proceso judicial, la persona cuya capacidad se esté cuestionando cuente con la posibilidad de ser asistida jurídicamente por el defensor que elija, o que el Estado le proporcione uno sin cargo. Por otro lado, los profesionales que lleven adelante esta tarea deben estar suficientemente capacitados y especializados para realizar una defensa realmente idónea y deben contar con el apoyo de un equipo interdisciplinario (integrado por profesionales en psiquiatría, psicología, trabajo social, intérpretes de lenguaje de señas, asistentes personales, etc.), que los ayuden a comprender y cumplir más fielmente la voluntad de su representado, y a traducir sus inquietudes en peticiones concretas dentro del ámbito judicial.

Garantizar el cumplimiento de este derecho constituye un apoyo concreto al ejercicio de la capacidad jurídica de la persona con discapacidad mental, y no implica sustituir su voluntad con el criterio del profesional, sino asistirlo técnicamente para desenvolverse y expresar su voluntad en el marco del procedimiento judicial. En resumen, se trata del mismo servicio que brindaría un defensor público a un acusado en un proceso penal, ámbito en el que resulta inimaginable que la persona no cuente con una asistencia legal respetuosa de su volun-

tad de consentir la imputación, de oponerse, de solicitar medidas de prueba, de recurrir las decisiones del juez, etcétera.

Por lo demás, para que esto se logre es evidente que no debe haber conflicto de intereses entre la persona y su asistente legal, por lo que el defensor sólo podrá representarla a ella en el juicio, y no a sus familiares, o al personal de la institución psiquiátrica, o a otras dependencias del Estado. Tampoco, claro está, deberá tener en cuenta otros mandatos más que los de su representado. Así, su criterio personal o sus creencias acerca de los intereses sociales comprometidos no deberían interferir en el desarrollo de su actuación profesional.

Por su parte, el derecho a ser oído consiste en la posibilidad de la persona de participar en el proceso, de tener audiencias personales con el juez y de presentar pruebas y dictámenes médicos independientes sobre su salud mental. Además, involucra el derecho a ser debidamente informado desde el inicio sobre los fines y las características del proceso al que está siendo sometido y acerca de las garantías de las que goza durante su tramitación y las formas de hacerlas efectivas. Para eso, el Estado tiene que adoptar las medidas necesarias para reducir las dificultades de comunicación entre los operadores judiciales y la persona sometida a proceso.

Finalmente, también forma parte de la debida defensa en juicio el derecho al plazo razonable, es decir, que la decisión judicial respecto de la capacidad legal de la persona sea adoptada en un término lógico.

Para intentar una aproximación cuantitativa al problema, basta con considerar que durante 2007 y 2008 se iniciaron en la Ciudad de Buenos Aires más de 16.152 procesos judiciales por cuestiones de salud mental (internaciones forzosas, control de internaciones inicialmente voluntarias, insanias e inhabilitaciones). Sin embargo, en el mismo período se obtuvo sentencia o resolución definitiva en sólo 256 casos. Del total de causas iniciadas, casi el 90% corresponde a casos generados a raíz de internaciones psiquiátricas (2).

En efecto, durante 2007 y 2008, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, se iniciaron más de 14.500 casos judiciales derivados de internaciones por cuestiones de salud mental.

Estas internaciones, instrumentadas en la práctica sin el respeto estricto de las garantías procesales y los derechos básicos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, pueden implicar auténticas detenciones arbitrarias. Por lo demás, la intervención judicial sobre la vida de la persona por lo general no concluye una vez cesada la internación, ya que es frecuente que muchos de estos procesos se transformen inmediatamente en extensos juicios de insania o inhabilitación.

En este sentido, miembros de la defensa pública han reconocido que en la práctica “no existe verdadera representación legal” de las personas usuarias de servicios de salud mental, de modo que el funcionario “no está obligado a representar el punto de vista de la persona”

⁶ Para avanzar en este cambio de paradigma será fundamental que se reforme, entre otros, el Código Civil, el Código Procesal Civil y Comercial y la Ley Orgánica del Ministerio Público, así como adaptar gran parte de la normativa provincial.

y su objetivo es procurar “una síntesis adecuada de los deseos del individuo y aquello que el abogado considera lo mejor” (véase MDRI y CELS, *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos... ob.cit.*, págs. 103-104) (3).

Como vemos, ni la figura del curador público ni la del defensor de incapaces fueron creadas considerando el respeto estricto del derecho de defensa técnica de la persona representada en un proceso judicial por cuestiones de salud mental. Es indispensable, por tanto, que estos funcionarios acompañen el camino hacia el cambio y la consolidación de un nuevo paradigma, generando con sus intervenciones nuevos escenarios judiciales.

En consecuencia, no sería un mero producto de la imaginación la suposición de que una persona imputada de un delito y sometida a un proceso penal goza de mayores garantías y derechos durante el juicio (en especial, del derecho de defensa) que una persona protegida por el Estado mediante su sometimiento a un proceso judicial de incapacitación por cuestiones de salud mental. Esa suposición sería más bien una fiel descripción de la realidad actual del sistema judicial argentino (4).

Para ir concluyendo. Algunas ideas desde donde hemos dicho lo anterior

A sabiendas de la inexistencia de una teoría completa que pueda dar cuenta de alguna totalidad, creemos hondamente en la necesidad de complejizar los abordajes teóricos de los que se derive la actividad clínica del psiquiatra en particular y del personal de salud en general.

Nos acercamos críticamente al campo de los DDHH desde nuestra posición de ciudadanos, de personas que intervenimos directamente en cuestiones de salud mental (ambas condiciones compartidas con las personas a las que asistimos), de profesionales y de “constructores” confesos o no del campo disciplinar en el que intervenimos.

Decimos que no pretendemos ni buscamos, porque no la hay una “buena nueva” que resuelva estas complejas cuestiones en la perspectiva de DDHH. Por el tiempo que hace que fueron escritos muchos de los documentos que implican compromisos que aquí citamos y por la imposibilidad de abordar situaciones complejas desde marcos cerrados y totalizantes.

No pretendemos encontrar una mirada, una teoría, que pueda dar cuenta del dolor subjetivo, de los horrores cometidos por unos seres humanos a otros, de la dificultad de aliviar e intentar impedir esas situaciones, que requieren de la regulación de la legislación en DDHH en el marco de la salud.

Pretendemos sí dejar preguntas que puedan continuar el diálogo que este texto y sus autores esperan iniciar con los lectores. También proponer un inicio desde donde profundizar la lectura y la reflexión necesarias para enfrentar tareas tan comprometidas en un medio en ocasiones falto de referencias y sistemas confiables de apoyo teórico, institucional y legal.

Todos aquellos gestos que resguarden la dignidad y la autonomía de las personas que padecen enfermedades psiquiátricas tendrán sin duda efectos en la dignidad de los profesionales de la salud que los realicen ■

Referencias bibliográficas

1. Carta de opinión legal sobre el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Disponible en: http://www.reclamyc.info/Comunicaciones_Region/Correos%20Varios/Archivos%20adjuntos/2008_04_27_Art_12_Carta%20Expertos%20del%20Caucus.doc
2. CELS. Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina SA, 2009.
3. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental*. Siglo XXI Editores, Argentina, 2008.
4. CELS: “Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia”, elaborado por el CELS en agosto de 2009. Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/regulacion_salud_mental.pdf
5. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm>
6. Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, 10 de agosto de 2009, ONU, doc. A/64/272. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf>
7. Minkowicz T. “La capacidad legal inherente y la toma de decisiones con apoyo”, ponencia presentada en la conferencia regional “Implementación de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Latinoamérica: asociaciones, estrategias y acción”, ciudad de México, México, 15 y 16 de abril de 2008.
8. Palacios A. El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, Ediciones Cinca, 2008.
9. Physicians for Human Rights, School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town, Health Sciences Faculty. Dual Loyalty & Human Rights In Health Professional Practice; Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms. Disponible en: <http://www.physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2002-dualloyalty.pdf>
10. Quinn G, Degener T. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad. ONU [Organización de las Naciones Unidas], Nueva York y Ginebra, 2002, p. 18. Disponible en: http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/disability_sp.pdf
11. Stagnaro JC. Estudio crítico de la crisis paradigmática actual en psiquiatría (trabajo leído en las X Jornadas de la Asociación de Psiquiatría de Córdoba, Argentina, 1996).
12. Steiner H, Alston P. *International Human Rights in Context*. 2nd Edition, Oxford University Press.

La Ley del Reino

Julián Bustin

*Especialista en Psiquiatría. Especialista en Gerontopsiquiatría (Reino Unido)
Miembro del Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido
Jefe de Gerontopsiquiatría de INECO y del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro*

Introducción

La legislación inglesa en salud mental se remonta al año 1601 con la "Ley de los Pobres". La misma indicaba que era responsabilidad de cada comuna respaldar a aquellos que no podían valerse por sus propios medios. Numerosas leyes se sucedieron desde entonces y el impacto de las mismas ha sido fundamental en el desarrollo de la salud mental inglesa. El profundo conocimiento de la legislación es considerado un aspecto esencial de la práctica clínica. A tal punto que cualquier clase introductoria a la psiquiatría en Inglaterra, examen de especialización o supervisión tiene un tiempo importante dedicado a "La Ley del Reino" (*The Law of the Land*) donde se debate, pregunta y discute el marco legal de la práctica de la salud mental en ese país. En el siguiente artículo discutiré los detalles principales de los dos pilares esenciales de "la Ley del Reino" en la

legislación de la salud mental inglesa. Ellos son: La Ley de Salud Mental 2007 (Mental Health Act) (5) y la Ley de Capacidad Mental 2005 (Mental Capacity Act) (4). A través de diferentes casos clínicos explicaré la relación de estas leyes con diversos aspectos del tratamiento no voluntario de los pacientes en Inglaterra.

La Ley de Salud Mental 2007

La Ley de Salud Mental 2007 es la legislación que se ocupa de la internación y el cuidado contra la voluntad de pacientes con trastornos mentales en los hospitales ingleses. Esta Ley de Salud Mental define al trastorno mental como "cualquier trastorno o discapacidad de la mente". Esta definición ha recibido muchas críticas por ser poco precisa, dejando lugar a muchas controversias.

Resumen

La salud mental inglesa tiene dos pilares fundamentales en su legislación: La Ley de Salud Mental 2007 y la Ley de Capacidad Mental 2005. La primera se ocupa de la internación y el cuidado contra la voluntad de pacientes con trastornos mentales en los hospitales ingleses. La segunda proporciona un marco legal para proteger a las personas vulnerables que no son capaces de tomar sus propias decisiones. En el siguiente artículo se revisan algunos aspectos fundamentales de estas leyes y cómo impactan en la vida diaria de la práctica clínica. De esta manera permite conocer un modelo legislativo de salud mental diferente y poder contrastarlo con nuestra práctica profesional.

Palabras clave: Ley de Salud Mental Inglesa - Ley de Capacidad Mental Inglesa - Capacidad - Directivas avanzadas - Poder general de disposición.

THE LAW OF THE LAND

Summary

The mental health legislation in England has two essential pillars: The Mental Health Act 2007 and The Capacity Act 2005. The Mental Health Act is the legislation governing the formal detention and care of mentally disordered people in English hospitals. The Mental Capacity Act provides a statutory framework to empower and protect vulnerable people who are not able to make their own decisions. This article reviews certain essential aspects of these laws and the impact they have in daily practice.

Key words: English Mental Health Act - English Capacity Act - Advance decisions - Lasting power of attorney.

La ley fue originalmente creada en 1959. Se le realizaron reformas importantes en los años 1983 y 2007.

Pedro tiene 65 años. Su esposa lo trae a la guardia por primera vez porque durante los últimos meses está tomando cada vez más alcohol y lo nota muy deprimido. Pedro tiene una historia previa de dependencia del alcohol y depresión. En la entrevista con el psiquiatra, Pedro refiere ideación suicida con planes específicos de cómo realizarlo. También se presenta con anhedonia, hipertimia displacentera, insomnio, polo matinal e hiporexia. El psiquiatra le propone internarse voluntariamente pero Pedro no acepta. ¿Cumple Pedro los criterios de internación contra su voluntad?

La Ley de Salud Mental establece dos tipos de internación contra la voluntad del paciente: una internación para evaluación o evaluación seguida de tratamiento; y una internación para tratamiento.

INTERNACIÓN PARA EVALUACIÓN O EVALUACIÓN SEGUIDA DE TRATAMIENTO. SECCIÓN 2 DE LA LEY DE SALUD MENTAL

La internación es por un máximo de 28 días y sólo puede renovarse por una internación para tratamiento (Sección 3 de la Ley de Salud Mental). Este tipo de internación se realiza cuando el paciente no tiene historia previa de admisión a un hospital psiquiátrico y el diagnóstico/pronóstico es incierto al momento de la admisión. Los criterios para este tipo de internación son los siguientes:

- El paciente padece un trastorno mental de una naturaleza o severidad que requiere su internación por un tiempo limitado; y
- Debe ser internado para proteger su salud o seguridad o la de terceros.

INTERNACIÓN PARA TRATAMIENTO. SECCIÓN 3 DE LA LEY DE SALUD MENTAL

En este caso, la internación es por un máximo de 6 meses. Es renovable por otros 6 meses y luego en forma anual. Este tipo de internación se realiza cuando el paciente tiene una historia previa de admisión a un hospital psiquiátrico y el diagnóstico/pronóstico no es incierto al momento de la admisión. Los criterios para este tipo de internación son los siguientes:

- El paciente padece un trastorno mental de una naturaleza o severidad que requiere tratamiento hospitalario; y
- Es necesario que el paciente reciba ese tratamiento, el cual no puede ser administrado si el paciente no es internado con el objetivo de proteger su salud o seguridad o la de terceros; y
- El tratamiento apropiado está disponible.

Pedro no acepta internarse pero cumple según el psiquiatra de guardia los criterios de internación para evaluación o evaluación seguida de tratamiento (Sección 2 de la Ley de

Salud Mental). Pedro nunca antes fue internado en un hospital psiquiátrico y el diagnóstico y pronóstico es incierto. ¿Qué debe hacer el psiquiatra entonces?

El psiquiatra debe avisarle a un trabajador social que a su vez debe llamar al médico de familia del paciente para realizar una entrevista conjunta y confirmar que el paciente cumple los criterios de internación que establece la Ley de Salud Mental 2007. Esta entrevista conjunta se denomina entrevista según los criterios de la Ley de Salud Mental (*Mental Health Act Assessment*) y el paciente no puede negarse a tenerla. Si todos los profesionales están de acuerdo, se completa la documentación necesaria para la internación. Si el trabajador social o el médico de familia no están de acuerdo con la opinión del psiquiatra en relación al cumplimiento de los criterios de internación no se puede internar al paciente. Por lo tanto, el psiquiatra junto con los demás miembros del equipo interdisciplinario debe organizar un plan de contingencia que no incluya la internación.

El trabajador social y el médico de familia coinciden con la opinión del psiquiatra y Pedro es internado contra su voluntad. Al llegar a la sala de internación, Pedro recibe un panfleto que le informa sobre sus derechos e incluye la posibilidad de apelar a la decisión de internarlo contra su voluntad. Pedro apela. ¿Qué sucede entonces?

En los casos en que el paciente apela la decisión de su internación, el hospital psiquiátrico está obligado a organizar un Tribunal de Revisión de la Salud Mental (*Mental Health Review Tribunal*) para revisar si la decisión de internación fue apropiada y si el paciente sigue cumpliendo los criterios de internación. Este tribunal está formado por un juez, un médico psiquiatra (que tiene un entrenamiento especial y un mínimo de 10 años de experiencia clínica) y un lego que no tiene ningún conflicto de intereses con el paciente. Este tribunal tiene la capacidad de dar de alta al paciente si cree que, al momento de realizarse la revisión, no se cumplen los criterios de internación. Por lo tanto, el tribunal solicita por adelantado al psiquiatra, al jefe de enfermería y al trabajador social un reporte que contenga un resumen de historia clínica y evolución durante la internación. El paciente tiene derecho a leer todos estos reportes. El día del tribunal el paciente se presenta con su abogado (pagado por el gobierno). También deben concurrir el psiquiatra tratante, el jefe de enfermería y el trabajador social. El tribunal y el abogado del paciente realizan preguntas a los distintos profesionales para corroborar si el paciente sigue cumpliendo los criterios de internación establecidos por la Ley de Salud Mental. El paciente también tiene derecho a interrogar a los profesionales.

El tribunal decide que Pedro debe quedarse internado. Luego de haber realizado un tratamiento de detoxificación alcohólica, Pedro continúa deprimido. Se inicia un tratamiento antidepressivo, realiza psicoterapia y comienza a asistir a las reuniones de alcohólicos anónimos. No hubo ningún inconveniente durante los permisos de salida y Pedro es dado de alta.

A los dos meses vuelve a la guardia acompañado por su esposa. La esposa menciona que está muy preocupada porque su marido está tomando mucho alcohol nuevamente y cuando esto pasa se empieza a deprimir y comienza con ideación suicida. Pedro se encuentra vigil, orientado en tiempo y espacio. No presenta evidencias de intoxicación aguda. Pedro comenta que está tomando nuevamente alcohol todos los días, que si no toma alcohol empieza con temblores y que todos los días tiene que tomar más. También se siente un poco triste pero no tiene ideación suicida. Está durmiendo y comiendo bien. Disfruta algunas actividades y no quiere volver a internarse. No hay evidencia, al examen psiquiátrico, de síntomas psicóticos o criterios para una depresión mayor. La esposa pregunta si se puede volver a internar a Pedro contra su voluntad porque seguramente en dos días va a estar mucho peor y tiene miedo que se suicide.

Para poder contestar esta pregunta es importante entender los Principios de la Ley de Salud Mental. Además, se debe contemplar a qué no se considera trastorno mental en el contexto de esta ley. Esto último se encuentra definido en el Código de Conducta de la Ley de Salud Mental (3).

Los principios que rigen esta ley son los principios de *objetivo, alternativa menos restrictiva, respeto, participación, efectividad, eficiencia e igualdad*. El objetivo de esta ley es minimizar los efectos indeseables de los trastornos mentales al mismo tiempo que maximizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Esto se logra promoviendo la recuperación y protegiendo a las otras personas. El objetivo debe conseguirse siguiendo la *alternativa menos restrictiva* para la libertad del paciente y *respetando* los diversos deseos, sentimientos, valores, necesidades y circunstancias de cada paciente siempre que sea posible. Los pacientes deben tener la oportunidad de *participar* en los distintos aspectos de su tratamiento. Los familiares y cuidadores también tienen que ser estimulados a participar y sus opiniones deben ser tomadas en cuenta. Los profesionales que toman este tipo de decisiones deben utilizar todos los recursos disponibles para cumplir con el objetivo de una forma *efectiva, eficiente e igualitaria*.

Según lo mencionado anteriormente, la Ley de Salud Mental define como trastorno mental a "cualquier trastorno o discapacidad de la mente". Obviamente, esta es una definición muy amplia y poco precisa. Sin embargo, el Código de Conducta de la Ley de Salud Mental específica que se debe excluir de esta definición a la dependencia del alcohol u otras sustancias. La ley no excluye otros trastornos mentales relacionados con el uso del alcohol u otras sustancias como la intoxicación aguda, el síndrome de abstinencia con delirium o síntomas psicóticos asociados o trastornos mentales

El psiquiatra le explica a la mujer de Pedro que en este momento su marido se presenta con dependencia del alcohol y no es posible internarlo contra su voluntad por este motivo. Se le explica que el Código de Conducta de la Ley de Salud Mental es muy específico con respecto a excluir la

dependencia del alcohol y otras sustancias para una internación no voluntaria. También se le informa que si los síntomas depresivos se vuelven más severos o aparecen otros síntomas psiquiátricos entonces consideraría una internación no voluntaria aunque los mismos sean inducidos por el alcohol. Le propone implementar un tratamiento más intensivo ambulatorio. Pedro responde bien al tratamiento ambulatorio y no requiere otra internación.

La Ley de Capacidad Mental 2005

En la práctica diaria, la mayoría de las decisiones clínicas no están relacionadas a la internación compulsiva de pacientes en los hospitales (Ley de Salud Mental 2007) sino a la evaluación de la capacidad que tiene un paciente para decidir. Por ejemplo, la capacidad de aceptar o rechazar un tratamiento o de decidir donde vivir. Es importante recalcar que para la ley inglesa, la capacidad de una persona es específica para cada decisión y nunca puede considerarse a una persona incapaz "como un todo". Hasta el año 2005, en que se aprueba La Ley de Capacidad Mental (4) en Inglaterra, este tipo de decisiones se basaba en la jurisprudencia previa (*Common Law*) dejando un sensación de vacío legal. Por lo tanto, los profesionales, los pacientes, los familiares y los cuidadores recibieron con beneplácito esta nueva Ley de Capacidad Mental 2005. Esta ley proporciona un marco legal para proteger a las personas vulnerables que no son capaces de tomar sus propias decisiones. Clarifica como evaluar quién puede tomar decisiones, en qué situaciones y cómo proceder. En otras palabras, se describen los pasos para evaluar la capacidad de una persona en relación a una decisión específica y cómo proceder si se considera que no tiene capacidad para tomar esa decisión. Además, permite a las personas planear el futuro para el momento en que puedan perder la capacidad para decidir sobre estos temas específicos. En los principios de esta ley y en el Código de Conducta de Ley de Capacidad Mental 2005 (2) se establece claramente que se debe asumir que todo paciente tiene el derecho y la capacidad para decidir sobre "cualquier cosa" a menos que se demuestre lo contrario.

María tiene 80 años y vive sola desde que su marido murió hace 3 años. Tiene Enfermedad de Alzheimer moderada. Recibe ayuda de su hija que la visita todas las noches, y una cuidadora que viene a la mañana para ayudarla a despertarse e higienizarse. María tiene dificultades con la memoria anterógrada, está desorientada en tiempo y se olvida de comer. Descuida su higiene personal pero en general acepta bañarse cuando su hija se lo propone. Nunca salió a la calle sola y ya no cocina. A su hija le gustaría que su madre resida en un geriátrico donde recibiría cuidados permanentes y se podría evitar algunas de las situaciones de riesgo actuales como la pérdida de peso por olvidarse de comer. En la siguiente visita del psiquiatra, la hija le pregunta que opina de la posibilidad de un geriátrico. ¿Qué le contesta el psiquiatra?

La ley de capacidad mental establece los siguientes principios:

1. Se debe asumir que una persona tiene capacidad para decidir a menos que se demuestre lo contrario.
2. Una persona no debe ser considerada como incapaz para realizar una decisión sin que antes se hayan seguido todos los pasos posibles para ayudarla a tomar la decisión.
3. Una persona no debe ser considerada incapaz solamente porque toma una decisión que no parece ser la adecuada o más inteligente.
4. Cualquier decisión realizada en nombre de una persona que carece de capacidad para tomar dicha decisión debe ser en su beneficio.
5. Antes de tomar una decisión por una persona sin capacidad siempre debe considerarse la opción menos restrictiva de los derechos de la persona y su libertad de acción.

La ley establece claramente que todas las personas tienen capacidad para decidir a menos que se establezca lo contrario. Por lo tanto, si alguien tiene capacidad para decidir, nadie puede decidir o actuar en beneficio de esa persona. Esta ley también enfatiza que la capacidad es específica para cada decisión. En consecuencia, siempre hay que asumir que la persona puede tomar estas decisiones y en la práctica hay que demostrar las que no puede tomar. Si las decisiones son más complejas, se requiere un mayor nivel de capacidad para decidir. No es lo mismo negarse a un examen de sangre de rutina que a tener una vía central necesaria para seguir viviendo.

El psiquiatra le pregunta a la hija si sabe lo que la madre quiere. La hija le dice que le parece que la madre no tiene capacidad para decidir esas cosas y si ella puede decidir en lugar de su madre lo que es mejor para ella. "Mi mamá ni siquiera sabe que día es", dice. El psiquiatra le contesta que puede ser que su madre no sepa que día es pero que la capacidad para decidir es específica para cada situación. Entonces va a evaluar si María no tiene la capacidad para decidir

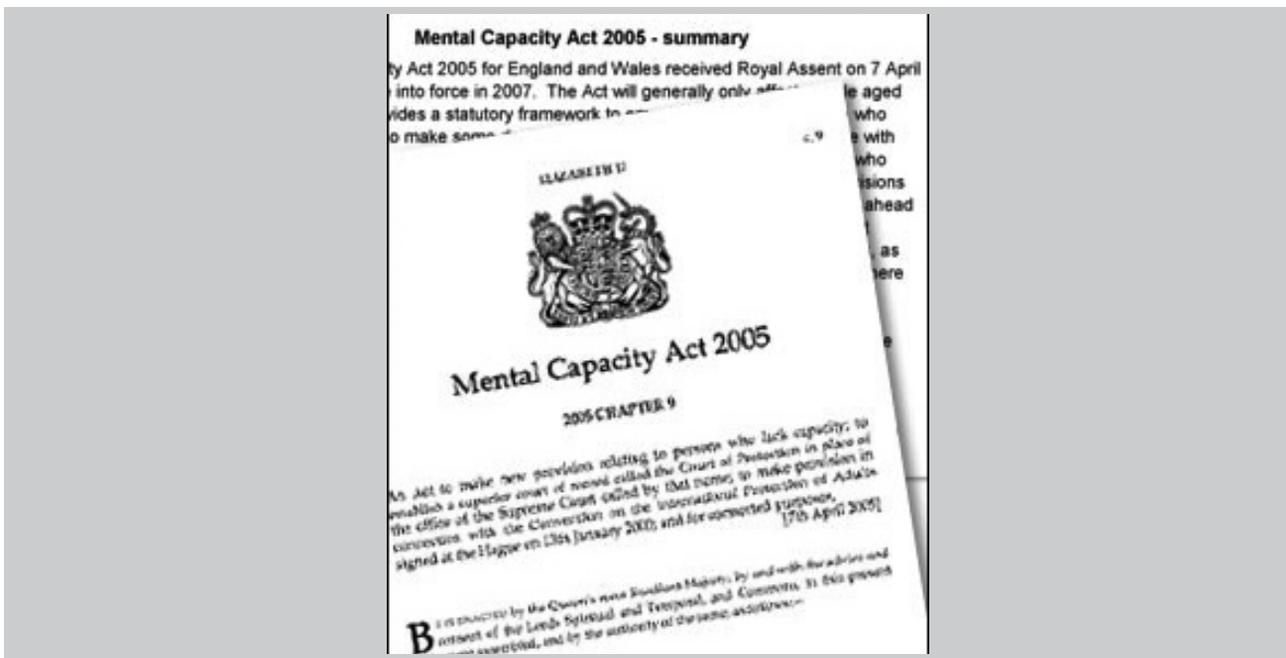
dónde vivir. Antes de la evaluación él debe asumir que María tiene capacidad para decidir.

¿QUIÉN NO TIENE CAPACIDAD?

La ley establece que alguien no tiene capacidad en relación a un acto o decisión si en el momento no puede tomar la decisión debido a un impedimento o un trastorno en el funcionamiento de la mente o el cerebro. Es importante aclarar que para la Ley de Capacidad Mental 2005 nadie puede ser declarado incapaz "como un todo". Sólo puede ser declarado incapaz para realizar tal decisión o acto específico. Tampoco nadie puede ser declarado incapaz como resultado de una condición médica en particular o un diagnóstico.

¿CUÁNDO ALGUIEN NO TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR UNA DECISIÓN ESPECÍFICA?

La ley establece una prueba única para evaluar si una persona tiene capacidad para tomar una decisión en particular en un momento determinado. Hay 4 condiciones que se deben cumplir simultáneamente durante este test para confirmar la presunción de que alguien tiene capacidad para decidir (ver Cuadro 1). La primera es entender la información relevante para tomar la decisión. Esta información debe incluir las consecuencias lógicas y razonables de tomar cierta decisión. La segunda es retener la información recibida. El hecho de que una persona pueda retener la información por un corto tiempo no debe impedir que sea considerado capaz para tomar esa decisión. La información debe ser retenida por el tiempo suficiente para tomar la decisión. No importa si luego olvida este proceso. La tercera es la posibilidad de sopesar la información como parte del proceso de tomar una decisión. Como se establece en los principios de la ley, nadie debe ser considerado incapaz para tomar una deci-



sión que simplemente no parece ser la más adecuada o inteligente. Lo importante es la lógica del proceso para tomarla y no lo "correcto" de la decisión final. La última condición es la capacidad de la persona de comunicar esta decisión. Esto puede ser hablando, escribiendo, usando lenguajes de señas o por cualquier otro medio de comunicación.

Cuadro 1. Los cuatro criterios del test de capacidad para tomar una decisión

1. Entender la información relevante para tomar la decisión
2. Retener la información el tiempo necesario para tomar la decisión
3. Sopesar la información como parte del proceso de toma de decisión
4. Comunicar la decisión

Dentro de la Ley de Capacidad Mental 2005, cualquier pregunta con respecto a la capacidad de una persona para tomar una decisión debe ser resuelta en el balance de probabilidades (*on the balance of probabilities*). Esto quiere decir que en los casos donde la decisión no es absolutamente clara, el médico que toma la decisión debe estar por lo menos un 50% convencido que es la decisión correcta sobre la capacidad de esa persona para tomar una decisión determinada. El nivel de evidencia necesario sobre la capacidad es igual al código civil y por lo tanto menor que en las decisiones penales donde no debe haber una duda razonable (*without reasonable doubt*) y alguien tiene que estar más de un 50% convencido de la evidencia presentada.

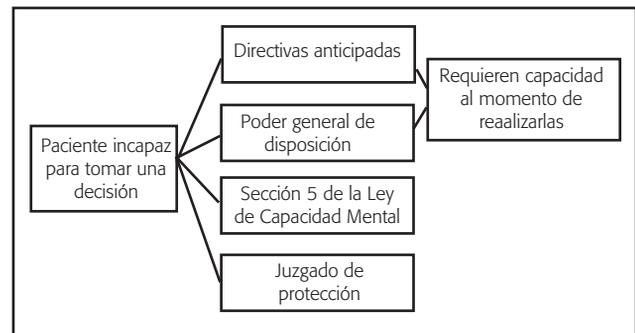
El psiquiatra le explica a María que él está muy preocupado por la pérdida de peso y se pregunta si no estaría mejor viviendo en otro lugar donde no esté sola y haya otra gente para ayudarla. Le explica a María que cree que su memoria

no está funcionando tan bien como antes y por eso a veces se olvida de comer o realizar ciertas actividades importantes para su vida diaria. María le explica al psiquiatra que en esa casa vivió toda la vida y que no le gustaría vivir en otro lado. María menciona que a ella no le parece que esté teniendo problemas de memoria pero está dispuesta a recibir la ayuda que sea necesaria en la casa para poder seguir viviendo ahí sin ponerse en riesgo. El psiquiatra le pide a María que le repita lo que estuvieron charlando y María pudo repetir los conceptos principales y mantenía las mismas opiniones con respecto a sus deseos. El psiquiatra concluye que María tiene capacidad para decidir que se quiere quedar viviendo en la casa y no ir a un geriátrico. Se lo comunica a la hija y le solicita al trabajador social que aumente el horario de los cuidados a visitas de 4 horas tres veces por día como acordaron con María.

¿QUIÉN PUEDE DECIDIR CUANDO ALGUIEN NO TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR UNA DECISIÓN Y CÓMO?

La Ley de Capacidad Mental 2005 establece que hay 4 mecanismos básicos para tomar decisiones cuando alguien no tiene capacidad para decidir (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Mecanismos para tomar decisiones cuando alguien no tiene capacidad.



DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Juan tiene 78 años y un diagnóstico de trastorno bipolar. A lo largo de su vida recibió numerosos tratamientos farmacológicos. Hace un año le comentó a su hijo que no quería recibir nunca más antimanidol intramuscular cuando esté maníaco por los efectos adversos que le produce.

Ayer Juan fue internado con un episodio maníaco. El hijo le informa al médico tratante que Juan le había comentado anteriormente que nunca más quería recibir antimanidol intramuscular y él considera que eso es una directiva anticipada que hay que respetar. ¿Están los médicos tratantes obligados a respetar lo que dice el hijo de Juan?

Una directiva anticipada es una decisión tomada por un adulto con capacidad donde se especifica qué tipo de tratamiento no se quiere recibir en un futuro en caso de no tener capacidad para decidir. Se desprende directamente de esta definición, que la persona tiene que tener capacidad para decidir al momento de realizar la directiva anticipada y sólo puede mencionar el tratamiento que no quiere recibir. Esto último protege a los profesionales de tener que indicar un tratamiento con el cual no están de acuerdo. La ley no especifica que las directivas anticipadas tienen que ser por escrito. La única excepción son los tratamientos para mantener la vida.

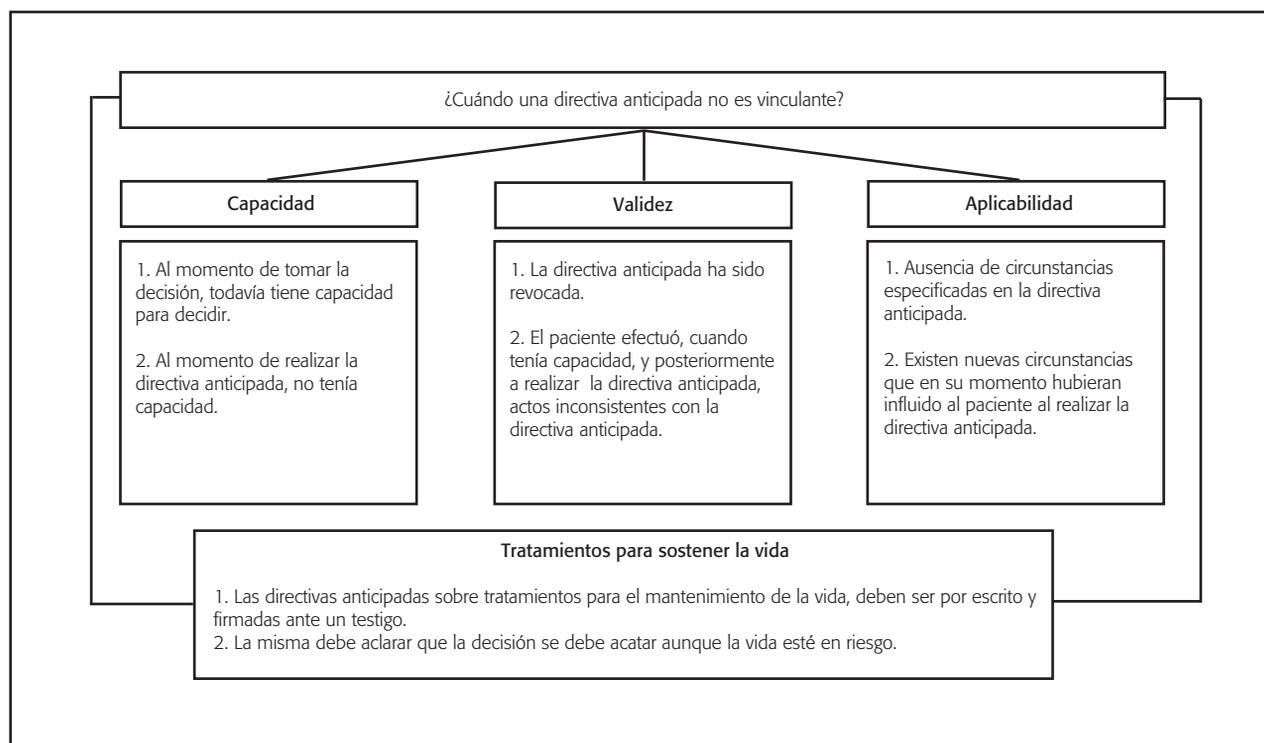
¿CUÁNDO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA NO ES VINCULANTE?

Hay varias razones por las cuales una directiva anticipada no es vinculante (ver Cuadro 3). Si la persona aún

tiene capacidad de decidir o era incapaz de decidir en el momento que se realizó la directiva anticipada, ésta queda sin efecto. Además, la directiva anticipada puede quedar invalidada si la persona luego la revocó o si ha hecho algo claramente inconsistente con la directiva anticipada. Un ejemplo de esto último sería si Juan estuvo recibiendo antimanidol intramuscular todo este último año a pesar que tenía capacidad para rehusarse a esa indicación. Puede ocurrir que la directiva anticipada no sea aplicable cuando ciertas aspectos especificados en la directiva anticipada no están presentes o existe suficiente evidencia que demuestra que actualmente existen circunstancias que la persona no había anticipado al realizar la directiva anticipada y si las hubiese sabido hubieran cambiado su decisión. Por ejemplo, si se desarrolla un antimanidol intramuscular sin efectos adversos. Finalmente, una directiva anticipada para un tratamiento de mantenimiento de la vida es solamente vinculante si fue realizada por escrito y firmada ante un testigo. La misma debe aclarar que la decisión se debe acatar aunque la vida esté en riesgo.

Los médicos de la sala de internación están obligados a respetar la directiva anticipada que les comunicó el hijo de Juan. Los médicos confirman que Juan no tiene capacidad para decidir al momento actual. No tienen ninguna evidencia que Juan no tenía capacidad hace un año cuando le dijo esto a su hijo. La directiva anticipada es válida, aplicable y no tiene que ser por escrito ya que no es para un tratamiento de mantenimiento de la vida. Por lo tanto realizan el tratamiento con otra medicación intramuscular.

Cuadro 3. ¿Cuándo una directiva anticipada no es vinculante?



PODER GENERAL DE DISPOSICIÓN

Pedro tiene 30 años y una larga historia de esquizofrenia con muchos síntomas negativos. Realiza un poder general de disposición para que su amiga Camila haga decisiones sobre su salud cuando él no las puede realizar. Pedro es admitido en un hospital y no se rehúsa a tomar la medicación que le dan. Sin embargo no entiende para qué le prescriben esa medicación y cuáles son los beneficios y efectos adversos de la misma. Camila cree que Pedro no tiene capacidad para decidir sobre la medicación y les explica a los médicos que ella tiene un poder general de disposición sobre la salud de Pedro y no acepta que le den esa medicación por los efectos adversos que produce. ¿Qué sucede entonces?

En el poder general de disposición, el donante con capacidad confiere al beneficiario la autoridad para tomar las decisiones sobre la administración de sus bienes y finanzas y/o la administración de temas relacionados a su salud cuando el donante no tenga más capacidad para decidir sobre esos temas.

Los médicos examinan a Pedro y confirman que no tiene capacidad para decidir sobre el tratamiento que recibe. Por lo tanto, el poder general de disposición entra en efecto y los médicos deben decidir otro tratamiento y discutirlo con Camila para ver si ella acepta este nuevo tratamiento.

SECCIÓN 5 DE LA LEY DE CAPACIDAD MENTAL

Luisa tiene 70 años y está internada en una sala de clínica médica. Es la cuarta internación en este año por la falta de control de su diabetes. Luisa no tiene ningún familiar viviendo en la misma ciudad y ningún amigo. Luisa se encuentra desorientada en tiempo y espacio y con déficits cognitivos de memoria y atención. La resonancia magnética nuclear muestra múltiples infartos lacunares y leucoaraiosis. Los médicos quieren trasladarla a un geriátrico pero Luisa dice que no quiere ir. ¿Qué sucede entonces?

La Ley de Capacidad Mental establece que cuando un paciente no tiene capacidad para decidir sobre un tema específico y no hay una directiva anticipada ni un poder general de disposición, el profesional tratante se puede amparar en la Sección 5 de esta ley para decidir en beneficio del paciente. La Sección 5 de la Ley de Capacidad Mental tiene 5 condiciones fundamentales (ver Cuadro 4). Mientras estas condiciones se cumplan, el profesional está protegido ante un juicio de mala praxis.

El médico tratante le pregunta a Luisa si sabe dónde está y por qué está internada. Luisa dice que no hay ningún problema con ella y no entiende por qué no está en su casa. Luisa no puede decir que se encuentra en un hospital. El doctor le informa que está en un hospital por las dificultades que tienen en el control de la diabetes. Le pregunta a Luisa si toma alguna medicación y Luisa no sabe qué contestarle. Le pregunta si cree que necesita alguna ayuda en la

casa y Luisa dice que no, ya que ella puede hacer todas las tareas domésticas por sus propios medios. También se niega a aceptar cualquier ayuda doméstica. La terapeuta ocupacional realiza una serie de tests de actividades instrumentales de la vida diaria en la sala de internación y confirma que Luisa tiene serias dificultades para llevarlas a cabo en forma independiente. El médico considera que Luisa no tiene capacidad para decidir y cumple los criterios de la Sección 5 de la Ley de Capacidad Mental. Luisa no ha realizado ninguna directiva anticipada ni ha otorgado un poder general de disposición. Sin embargo, el médico no tiene ningún familiar ni amigo de Luisa para conversar sobre sus deseos previos y como a ella le gustaría que él actuara en su beneficio en este momento. ¿Cómo debe actuar el médico?

Cuadro 4. Las cinco condiciones de la sección 5

1. El acto está relacionado con el cuidado o tratamiento de una persona sin capacidad
2. El profesional tomó los pasos razonables para saber si la persona tiene capacidad
3. Cree, en un balance de probabilidades, que no tiene capacidad
4. Cree que lo que va a hacer es en beneficio de la persona
5. Si la decisión conlleva a una restricción de la libertad de la persona, cree que es para prevenir un daño y la misma es proporcional al riesgo del daño

La Ley de Capacidad Mental establece que el médico debe contactar a un Defensor Independiente de la Capacidad Mental (*Independent Mental Capacity Advocate*) si la persona no tiene a nadie que hable por él o ella en los casos en que se discute un tratamiento médico serio o si la persona no deberá vivir más en su propia casa. El Defensor Independiente de la Capacidad Mental representa los deseos, creencias y valores de la persona. Al mismo tiempo trata de tomar en cuenta todos los factores que son relevantes para la decisión. También tiene la autoridad para impugnar la decisión en nombre de la persona que representa pero no puede decidir por esa persona.

El médico contacta al Defensor Independiente de la Capacidad Mental. Le comenta los eventos sucedidos y sus planes. El Defensor Independiente de la Capacidad Mental accede a la historia clínica y tiene diversas charlas con Luisa y los profesionales intervinientes en el caso. En aproximadamente una semana eleva un informe en el cual confirma que es en el beneficio de Luisa ir a vivir a un geriátrico y eso sucede inmediatamente según la Sección 5 de la Ley de Capacidad Mental.

JUZGADO DE PROTECCIÓN

El médico tratante debe dirigirse al Juzgado de Protección (*Court of Protection*) en los casos en que no se encuentre seguro de cómo proceder en relación a la Ley de Capacidad Mental. Éstos se encuentran abiertos las 24 horas y los 365 días del año para solucionar complejos acertijos médico-legales.

Conclusión

En nuestro país, el 20 de noviembre del 2009 se publicó en el Boletín Oficial la Ley 26.529 que entrará en vigencia 90 días después. La misma se titula: Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (1). Esta ley es un paso fundamental en pos de la autonomía de los pacientes y su posibilidad de planificar a futuro. La misma incluye la directiva anticipada entre otros aspectos importantes que van a modificar nuestra forma de ejercer la medicina. Por lo tanto, resulta importante comparar y entender un marco legal diferente al de nuestra práctica cotidiana para revisar nuestra propia legislación y promover cambios o innovaciones en caso de ser necesarios.

En Inglaterra, para internar contra su voluntad a un paciente, la Ley de Salud Mental 2007 requiere de una decisión multidisciplinaria. También establece que el paciente puede apelar a esta decisión de internarlo por un método simple e inmediato. La Ley de Capacidad Mental 2005 legisla claramente que la capacidad de una persona para decidir es específica para cada decisión y nunca considerada "como un todo". Estos aspectos son muy diferentes a la legislación en nuestro país y dignos de imitar. De la misma forma, la clara

reglamentación de las leyes facilita su aplicación y protege tanto los derechos del paciente como establece los derechos y obligaciones de los profesionales. Por otro lado, una parte importante de la práctica clínica médica se encuentra abocada a hacer cumplir los aspectos formales y burocráticos de estas leyes como completar los informes médicos para el Tribunal de Revisión de la Salud Mental. Esto le quita un valioso tiempo al contacto directo con los pacientes. Además, ciertos detalles de la Ley de Capacidad Mental 2005, como la no obligatoriedad de presentar las directivas anticipadas en forma escrita, crea conflictos que son muchas veces difíciles de solucionar y afectan la relación con el paciente y los familiares.

Estamos llegando a una nueva etapa en la práctica de la medicina en nuestro país. Un período donde se privilegia la autonomía del paciente sobre el paternalismo médico. Un período donde las directivas anticipadas y otras medidas similares impondrán a la relación médico-paciente nuevos desafíos. Es importante comenzar a prepararse para esta nueva etapa y los problemas médicos, éticos y legales que sin lugar a duda van a ir presentándose. Bienvenido sea este cambio y la nueva ley donde se enfatiza que la autonomía del paciente es un valor esencial en la práctica médica ■

Referencias bibliográficas

1. Boletín Oficial. Ley 26529 -Salud Pública-. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. 2009. Disponible en: <http://blogs.clarin.com/estudiofadelli/2009/11/20/ley-26529-salud-publica-derechos-del-paciente-su-relacion-con/>
2. Department of Constitutional Affairs. Mental Capacity Act – Code of Practice. The Stationery Office, 2007. ISBN 9780117037465. Disponible en: www.dca.gov.uk/legal-policy/mental-capacity/mca-cp.pdf
3. Department of Health. Mental Health Act 1983 - Code of Practice (2008 Revised). 2008. ISBN 9780113228096. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597
4. The Parliament. Mental Capacity Act 2005. The Stationery Office, 2005. ISBN 0105405078. Disponible en: http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/en/ukpgaen_20050009_en_1
5. The Parliament. Mental Health Act 2007. The Parliament. The Stationery Office, 2007. ISBN 0105420832. Disponible en: http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga_20070012_en_1

Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros

Leonardo Ghioldi

*Psiquiatra Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación
Profesor Adjunto de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Favaloro
Supervisor del Servicio de Psicopatología del Hospital "Castex"
E-mail: leonardoghioldi@hotmail.com*

Esteban Toro Martínez

*Psiquiatra Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación
Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica
Docente Adscripto al Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA*

Introducción

El 25 de Agosto de 1793 Phillipe Pinel da comienzo al mito historiográfico fundante de la psiquiatría. Aquel día de verano es nombrado médico del Hospital de Bicêtre en donde obtiene el permiso para desencadenar a los pacientes psiquiátricos y tratarlos médicamente. Aquel traspaso mítico se acompañó del desarrollo del método

clínico que dio lugar a los grandes desarrollos semiológicos de la especialidad en el siglo XIX e implicó la disecación, de una vez y para siempre, entre pena y cura (13).

Proponemos que, y no por vez primera, la psiquiatría vuelva a su origen para re-pensar el concepto de peligrosidad o estado de riesgo orientándolo hacia la noción

Resumen

El principal objetivo de este artículo es fomentar la crítica y reflexión sobre la indicación de internación psiquiátrica a través de la mención de algunos fallos recientes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que hacen a nuestra práctica y de la revisión crítica del concepto tradicional de peligrosidad, para brindar sustento a los dos tipos de internaciones psiquiátricas posibles: la urgente por riesgo cierto e inminente de daño y la terapéutica. Además, se propone que tal indicación sea pronunciada por un equipo que incluya al psicólogo y que tal indicación sea controlada por el poder judicial.

Palabras clave: Internación psiquiátrica - Peligrosidad para sí y terceros - Riesgo cierto e inminente - Equipo interdisciplinario - Corte Suprema de Justicia de la Nación.

SERIOUS, CERTAIN AND IMMINENT RISK OF INJURY: SOLE GROUNDS FOR INTERDISCIPLINARY INDICATION BASED ON DANGEROUSNESS TO SELF OR OTHERS

Summary

The main objective of this article is to encourage criticism of and reflection on the indication for psychiatric hospitalization through the mentioning of some recent National Supreme Court of Justice rulings that affect our practice, as well as through a critical review of the traditional concept of dangerousness, to provide support for the two possible types of psychiatric hospitalization: urgent hospitalization secondary to certain and imminent risk of injury and therapeutic hospitalization. It is further proposed that said indication be delivered by a team including the psychologist, and that this indication be monitored by the courts.

Key words: Psychiatric hospitalization - Dangerousness to self or others - Certain and imminent risk - Interdisciplinary team - National Supreme Court of Justice.

de riesgo grave cierto e inminente despojándolo de toda connotación penal positivista, concepto central tanto del ejercicio profesional como de la supervisión que el poder judicial realiza en su control de internación psiquiátrica o en los expedientes de responsabilidad profesional en los cuales el demandado principal y muchas veces único es el psiquiatra interviniente.

Tanto la filosofía (especialmente Michel Foucault en los seminarios del Poder Psiquiátrico y Los Anormales), la sociología, la antropología incluso también los trabajadores sociales y últimamente el derecho han cuestionado el rol que la psiquiatría ejerce en el control de seguridad sobre los pacientes y en cuanto a cómo conceptualiza la previsión del riesgo del paciente y -consecuentemente- la conducta que adopta (11, 12).

Los médicos psiquiatras somos abiertamente cuestionados por cuanto actuaríamos hegemónicamente en relación al control de seguridad sobre nuestros pacientes. Se ha puesto la lupa en las indicaciones de internación psiquiátrica cerradas, o incluso en cuanto a la medicación coercitiva con fármacos que disminuyen su ámbito de autonomía. En forma paralela y acaso contrastante, en situaciones en las cuales un paciente tuvo un acto de daño hacia sí mismo o terceros, se demanda -casi exclusivamente- a los médicos psiquiatras por no haber previsto dicha "peligrosidad".

Al día de hoy se impone no desoír los cuestionamientos académicos, asistenciales, legislativos y jurídicos (obsérvense los proyectos de salud mental que están a consideración del Parlamento o la propia Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires). Parece conveniente, entonces, un regreso al mito fundante para completar y ampliar dicha escisión entre salud y seguridad.

Phillipe Pinel apartó la seguridad -esto es, el poder punitivo del Estado de los delitos- de la medicina y en tal sentido es nuestra propuesta. Ni la formación médica ni tampoco la psiquiátrica incluye en su currícula la temática de la seguridad, no se nos instruye cómo reaccionar frente a un violento, ni cómo sujetarlo, cómo se reducen las personas agresivas o cómo se reacciona frente a un delincuente: sin embargo se nos da intervención, con nuestra anuencia, como los mayores expertos en peligrosidad del sistema. Hemos generado un reflejo automático por el cual reaccionamos ante los indicadores de riesgo y procedemos a medicar, internar, sujetar a los efectos de prevenir inconductas dañosas. El objetivo de este artículo es que a través de la mención de algunos fallos recientes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que hacen a nuestra práctica y de la reflexión sobre determinados conceptos que parecen clínicos pero que en realidad son médico-legales, se fomente el debate y la reflexión acerca de las condiciones en las cuales los psiquiatras actuamos, en el convencimiento de que redundaría en una mejoría de nuestro ambiente bioético y médico-legal. Nos ubicaría, también, en coincidencia con el mayor protagonismo que se ha dispuesto -tanto en los estrados judiciales locales como internacionales- para el paciente psiquiátrico.

Asimismo, este artículo se propone la delimitación

conceptual de la noción de peligrosidad y que fundamenta en definitiva, dos grandes modalidades de internación psico-psiquiátrica: la de urgencia vs. la terapéutica.

La hegemonía en cuanto a la toma de decisiones que ejerceríamos en los equipos de salud mental, nos expone a frecuentes reproches en expedientes de responsabilidad profesional, cuestionamientos que no incluyen al resto del equipo terapéutico aún cuando el psiquiatra haya actuado consensuadamente. ¿Es posible que por preservar una hegemonía abstracta nos estemos exponiendo a juicios crecientes de mala praxis?

De la multitud de críticas que se nos hacen a los profesionales médicos de la especialidad en este sentido hemos decidido traer a colación los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia -órgano superior de control constitucional-, por entender que todos los fueros del país, y finalmente el poder legislativo y ejecutivo se acomodarán al pensamiento expresado por la Corte de Justicia. A tal efecto hemos transcrito las partes fundamentales de dichos fallos, en el entendimiento de que acaso los mismos no sean tan fácilmente asequibles para los profesionales de la salud.

Consideramos que en varios aspectos la situación médico-legal de los psiquiatras se aliviaría de tomarse en cuenta nuestra propuesta.

Actualización jurisprudencial de la Corte de Justicia sobre peligrosidad

El 1 de Septiembre de 2009 Elena Highton de Nolasco, Enrique Santiago Petracchi, Juan Carlos Maqueda y Carmen Argibay desestimaron analizar un expediente de internación psiquiátrica compulsiva por no conformar los requerimientos del recurso extraordinario (una de las previsiones que permiten el acceso a la CSJN); sin embargo, Ricardo Lorenzetti, Carlos S. Fayt y Eugenio Zaffaroni conformaron una disidencia en la cual analizaron dicho expediente (*S.de B. M.del C. c/ Ministerio de Justicia - Poder Judicial - Estado Nacional S.493.XLII*).

En resumen, en dicho expediente una mujer denuncia al Juzgado Civil que indicó su internación psiquiátrica y a la Clínica Psiquiátrica que la internó. Más allá del caso en particular, resulta de gran interés el análisis en minoría que los Ministros mencionados -obsérvese que con un voto más este fallo hubiera quedado firme- estimaron en relación a la peligrosidad:

"...que una de las situaciones más habituales de privación de la libertad por razones diferentes de los actos criminales de enfermos mentales -medidas de seguridad previstas en el Código Penal por ilícitos realizados por pacientes con discapacidad mental declarados judicialmente inimputables con fundamento en la peligrosidad- es la internación involuntaria o forzosa en establecimientos psiquiátricos..."

"...en muchas de estas instituciones los derechos fundamentales de las personas llegan a violarse de modo sistemático..."

"...La institucionalización de un paciente cuando medie, de manera innegable, un propósito terapéutico debe interpretarse como un tratamiento arbitrario, una verdadera detención..."

“...los dictámenes médicos que determinan la internación con frecuencia son ambiguos, estandarizados y meramente clasificatorios... No se solicita un dictamen médico-legal independiente sobre la salud mental del paciente ni sobre la incidencia de circunstancias no médicas, ni se producen pruebas extrapericiales admisibles...”

“...que una de las obligaciones del magistrado interviniente es la de promover la externación oportuna...”

En el caso en concreto “...no se precisaron los criterios para ordenar dicha internación, ni se especificaron los estándares sustantivos para la reclusión preventiva (definir con precisión el grado de peligrosidad de la paciente). Es preciso señalar que solo resulta legítima una internación obligatoria si la conducta del paciente, por su afectación, verificada como pasible de internación, implica la posibilidad de daño a sí mismo o a terceros...”

“...Una persona puede ser admitida como paciente involuntario cuando queda acreditado que padece de una enfermedad mental grave, que su capacidad de juicio está afectada, y que el hecho de que no se la retenga o admita en una institución psiquiátrica puede acarrearle un gran deterioro de su condición...”

“...Los conflictos familiares no pueden constituir un factor determinante de enfermedad mental...”

“...Es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas...”

“...La violación del derecho al recurso efectivo y a las garantías del debido proceso, del derecho a la integridad personal de los familiares y de reparación adecuada lo cual se refleja en el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos...”

En otro fallo la Corte se pronunció -en fecha del 27 de Diciembre de 2005- en *Tufano, Ricardo Alberto s/ internación* (Competencia No.1511.XL) en el cual un Tribunal Colegiado de Familia de La Plata y un Juzgado Civil Nacional se declararon incompetentes para actuar tratándose de un control de internación en una Institución de City Bell y manifestaron:

“...que en nuestro sistema constitucional resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de resolución adoptada por los jueces...”

“...En efecto cuando se trata de internación compulsiva es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a aquella...”

“...la resolución 46/119 de la ONU de 1991 enuncia que debe designarse un defensor especial para que asista y represente al enfermo, un dictamen independiente y la internación será cuando exista riesgo grave e inmediato o inminente, en todos los casos se comunicara de los motivos de la admisión y la retención al paciente y al órgano de revisión...” “...la autoridades nacionales tienen la obligación de revisar su legalidad sin demora y periódicamente...”

En cuanto a si los Tribunales de Familia de la Provincia deben ejercer dicho control, la Corte es taxativa en cuanto a que el Juez más cercano es quien debe ejecutarlo.

En Septiembre de 2006 en los autos “*Gramajo Marcelo Eduardo s/ robo en grado de tentativa* la Corte” (G.560 XL Causa 1573) y pronunciándose acerca de la reclusión por tiempo indeterminado, hizo observaciones acerca de cómo ha de considerarse el concepto de la peligrosidad:

“Queda claro, pues, que las únicas medidas de seguridad en la ley argentina son las curativas...”

“Que la peligrosidad, referida a una persona, es un concepto basado en un cálculo de probabilidades acerca del futuro comportamiento de ésta. Dicho cálculo, para considerarse correctamente elaborado, debería basarse en los grandes números. En dicho caso, la previsión llevada con método científico, y con ligeros errores, resultaría verdadera...”

“En este mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en un fallo reciente afirmó que: “la valoración de la peligrosidad del agente implica la apreciación del juzgador acerca de las probabilidades de que el imputado cometa hechos delictuosos en el futuro, es decir agrega a la imputación por los hechos realizados, la previsión de hechos realizados futuros que probablemente se producirán. En fin de cuentas se sancionaría al individuo no con apoyo en lo que ha hecho sino en lo que es. Sobre ponderar las implicaciones de este retorno al pasado, absolutamente inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos (CIDH, Serie CNro.126 caso *Fermín Ramírez c/Guatemala*, 20/5/05)”.

En esta misma sentencia, el voto del juez Petracchi resalta: “la circunstancia de que un sujeto pueda validamente ser calificado como peligroso para sí o para los demás no podría ser descartada de antemano como un fundamento legítimo que autorice al Estado a adoptar las medidas necesarias para hacer cesar el peligro y eventualmente proceder al encierro efectivo del sujeto de quien proviene la amenaza”.

Concluye el juez: “una medida no puede ser ordenada, a pesar de la peligrosidad, sino guarda proporción con la importancia del hecho cometido por el autor y de los hechos que se esperan de él, esto es con el grado de peligro que emana de él”.

Finalmente en los autos “*Arriola, Sebastián y otros/ causa 9080*” (A.891 XLIV), sentencia que trata sobre la penalización de cantidades de uso personal de estupefacientes, la Corte afirma que:

“Que así los tratados internacionales y la Constitución Nacional reconocen el derecho a la privacidad que impide que las personas sean objeto de injerencias arbitrarias o abusivas de su vida privada. Transcribe el fallo de la CIDH (*Ximenes Lopes Vs. Brasil* 4/7/06): “Esto exalta la idea de la autonomía y desecha tentaciones opresoras que pudieran ocultarse bajo un supuesto afán de beneficiar al sujeto, establecer su conveniencia y anticipar o iluminar sus decisiones”.

“Que a nivel internacional también se ha consagrado el principio pro homine: en el Art. 5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el 29 de la Convención Americana, siempre habrá de preferirse la interpretación menos restrictiva de los derechos establecidos en ellos: siempre habrá de preferirse en la interpretación la hermenéutica que resulte menos restrictiva para la

aplicación del derecho fundamental comprometido” (24, 25, 26, 27).

Peligrosidad: conceptos médico-legales y consecuencias jurídico-terapéuticas

En forma previa a la definición del concepto es pertinente recordar que todas las conductas de los seres humanos se despliegan, desde una perspectiva, conforme a un marco normativo que establece la distinción entre lo permitido y lo prohibido, estableciendo diferentes tipos y grados de sanciones: multas, inhabilitaciones, privaciones de la libertad, resarcimientos y la imposición del cumplimiento de nuevas tareas. En definitiva, las conductas humanas están sometidas a un marco normativo jerárquicamente superior -el Derecho- que es en sí un discurso propio. Este discurso jerárquicamente superior es desde donde se “leerán” los comportamientos realizados por el o los sujetos valorándose además si fueron los correctos o no y atribuyéndose los diferentes grados de responsabilidad a los actuantes a los fines de establecer las penas y las indemnizaciones. El discurso del Derecho es normativo y su finalidad es ordenadora. Esta diferencia de jerarquías entre el Derecho y la Psiquiatría, debe ser tenida presente por los psiquiatras a lo largo de todo un proceso terapéutico. Es habitual que el psiquiatra en un proceso de mala praxis se sorprenda ante determinadas preguntas atento a que considera a las respuestas como obvias y que las mismas responden a verdades naturales. Sin embargo, para el Derecho tales verdades naturales no existen sino que deben ser demostradas, de allí la importancia que adquiere la historia clínica. Covelli resume las dificultades que plantea el encuentro entre estos dos universos discursivos diversos: el Derecho es normativo, tiende a determinar lo que se debe hacer, es estático, preciso y va de lo general a lo particular mientras que la psiquiatría al ser una rama de la Medicina se aboca sobre la vida, lo cambiante, en singular de lo psíquico -difícil de aprehender, de mensurar, de objetivar- siendo en general las respuestas presuntivas, utilizando un lenguaje “confuso” mientras que el del jurista es concreto, claro y preciso (9). En dicho texto cita a Bonnet para referir que es “una ciencia conjeturante que implica un grado de incertidumbre que se agiganta” (9). Tal grado de incertidumbre se ve reflejado en un estudio de Scott, citado por Achával, acerca de las dificultades del diagnóstico y pronóstico del estado peligroso en donde el director del establecimiento refería de quienes estaban allí alojados “...que la mitad de sus internos no eran peligrosos, pero no estaba seguro respecto de qué mitad” (1).

La noción de peligrosidad surgió desde el ideal positivista y fue entendida a lo largo de su construcción conceptual como una cualidad o atributo de la personalidad del que delinque, como un substrato de capacidad para delinquir de modo tal que la predicción de la misma con la consiguiente represión o curación adquiriría mayor importancia que el establecimiento mismo de una pena acorde a la conducta reprochada (Prins, 1882) (1, 10). De este modo, distintos autores como Feuerbach (peligrosidad), Garófalo (temibilidad – *quantum de perversidad*),

Grispigni (capacidad de una persona para convertirse en delincuente) y Jiménez de Asúa (probabilidad) irán dotando a la peligrosidad de la cualidad de atributo de la personalidad del delincuente, rasgo que reflejaría una tara psíquica que lo desvía o que produce su inadaptación al medio social (4). De este modo, la cualidad como rasgo patológico se transformó en la puerta de entrada del discurso psiquiátrico en el discurso del Derecho Penal con consecuencias jurídicas (medidas de seguridad, regímenes especiales de privación de la libertad, requisitos para la libertad condicionada) que aún en la actualidad se discuten y generan controversias. O. Tieghi califica a la peligrosidad como una capacidad potencial de una persona de resultar autora probable de delitos (21). Desde el punto de vista técnico el dictamen de peligrosidad puede implicar un diagnóstico y/o un pronóstico. Cabello propuso una fórmula de cinco elementos a considerar que sigue siendo clásica: 1) personalidad del autor, 2) naturaleza y carácter de la enfermedad, 3) momento evolutivo de la misma, 4) gravedad del delito y 5) condiciones mesológicas (condiciones psicoambientales) (6). Este tratadista dirá que “la personalidad es la llave maestra” en el diagnóstico de la peligrosidad y que “no es la enfermedad psíquica la que hace peligroso al hombre sino el hombre” a la enfermedad (6). Castex y Silva propusieron calificar a la peligrosidad como psiquiátrica, de este modo es un atributo psicológico potencial para ejecutar actos de auto o heteroagresión y en la misma dirección Stingo las considerará como “las conductas dañosas o delictivas de aquellas personas afectadas de un trastorno psíquico” (7, 20).

Achával desde el enfoque clásico aclara la diferencia que existe entre la valoración que realiza acerca del “peligro” un psiquiatra asistencial, entendiendo por peligro la posibilidad de daño para sí o tercero, de la que realiza un psiquiatra forense a la hora de evaluar la persistencia de un estado peligroso o de la peligrosidad (1). Al respecto, Godoy señala que la opinión del psiquiatra forense no es meramente la de un psiquiatra clínico asesorando al juez, sino que es “un racional y fundado discurso de convicciones objetivadas, animadas por principios e instituciones filosóficas, jurídicas y psicopsiquiátricas, y referida a un caso concreto en su ocurrencia (circunstancias de modo, tiempo y lugar) y en el sujeto agente” (14).

El problema de fondo para el psiquiatra es que se confunden términos que parecen aludir a lo mismo y sin embargo tienen consecuencias jurídicas diferentes.

El Código Civil, por su parte, en el artículo 482 admite bajo determinadas circunstancias y ante la reunión de requisitos especiales la posibilidad de la internación psiquiátrica para evitar el daño a sí mismo (conductas suicidas o para-suicidas) o terceros. Precisamente es la privación de la libertad “por causa psiquiátrica” la que genera enormes controversias en la actualidad y un marco normativo regulatorio internacional y nacional tendiente a limitar dicho recurso terapéutico como último recurso ante el riesgo grave cierto e inminente. En este ámbito es importante la noción de Castex-Silva de *peligrosidad psiquiátrica* divorciada de connotaciones penales, debido

a que por ejemplo no resultaría de utilidad extrapolar la fórmula de los cinco elementos de evaluación de la peligrosidad penal que formulara Cabello atento a que ésta fue diseñada y aplicada en el contexto de la evaluación diagnóstica y pronóstica del estado peligroso o peligrosidad del que ha delinquirido y no para ponderar si un determinado paciente necesita ser o no internado. A lo largo del desarrollo del diagnóstico de peligrosidad, destacamos que hay al menos dos tipos de peligrosidad claramente delimitadas:

a) La peligrosidad psico-psiquiátrica grave, cierta e inminente, emparentada a la praxis psiquiátrica clínica en donde el psiquiatra evaluará estado de conciencia (lucidez o no); aspecto y actitud (tranquilidad vs. excitación vs. suicidabilidad); estado de intoxicación o abstinencia a sustancias; presencia o ausencia de síntomas psicóticos; presencia y severidad de fantasías agresivas o suicidas; actitud frente al tratamiento; cuál será la alternativa que mayor grado de adhesión despertará en el paciente y sus acompañantes atento a que como señala Bulbena y Martín "la decisión se desvía poco de lo que vaticina o desea el acompañante", cuál será la alternativa terapéutica para un momento dado; estado del juicio y de la prueba de realidad (5). Si el psiquiatra detecta la hipolucidez, la excitación o la disforia, la psicosis, las fantasías intensas o la planificación de una conducta auto o heterolesiva, la interferencia del juicio y la perturbación de la prueba de realidad, entonces podrá formular un diagnóstico de *riesgo grave, cierto e inminente* y en consecuencia indicar una internación por presentar peligrosidad para sí o terceros (2, 3, 8, 15, 17, 18, 22).

b) Peligrosidad potencial: la conducta perjudicial podría desplegarse pero no se sabe cuándo. La cualidad potencial la da la condición psico-psiquiátrica sujeta a distintas variables a ponderar, entre ellas el propio éxito o no de las primeras indicaciones que el psiquiatra empieza a formular. De este modo, ante este diagnóstico, ya no se desprende de modo categórico la indicación de una internación urgente y/o compulsiva.

Nosotros consideramos que esta distinción entre la peligrosidad inminente (riesgo grave, cierto e inminente) y la potencial fundamentan la conceptualización de dos tipos de internaciones: 1) la urgente (que puede ser compulsiva o no) que es impostergable porque hay riesgo grave, cierto e inminente de daño y 2) la internación terapéutica que es cuando hay peligrosidad potencial dada por la condición psiquiátrica, pero no puede predecirse cuando ocurrirá la acción disvaliosa. Esta internación, que puede resultar provechosa para el paciente, no estará fundada en la inmediatez del riesgo sino en su naturaleza de instrumento terapéutico que se pone en juego dentro de un proceso secuenciado de indicaciones.

Detección del Riesgo Grave, Certo e Inminente: concepto interdisciplinario y control judicial

Gisbert Calabuig entendía la peligrosidad como la resultante de una intersección psicológica, antropológica y patológica (23). En tal sentido consideramos al abor-

daje psiquiátrico como una función interdisciplinaria, en la cual psicólogo y psiquiatra están en equiparables condiciones para detectar el riesgo. Entendemos que las decisiones terapéuticas en la especialidad y más específicamente cuando se trata de medidas que puedan condicionar la libertad, responden a un equipo corresponsable, que ejerce su función supervisado por la autoridad judicial con un ejercicio singular -según la especialidad de cada uno- pero con una competencia conjunta.

Proponemos, entonces, formalizar normativamente que -en lo que respecta a indicaciones terapéuticas que afecten la libertad del paciente- la toma de decisiones sea conjunta y corresponsable. Entendemos que esta corresponsabilidad jerarquizará a cada miembro del equipo y favorecerá que cada indicación responda a criterios objetivos y de base científica. Consideramos que el riesgo grave, cierto e inminente de daño a sí mismo o terceros es aquel que puede ser fundamentado con objetividad y científicidad. No así, el riesgo potencial que queda sujeto al resultado de numerosas variables que incluyen las respuestas a las primeras indicaciones del equipo terapéutico.

Consideramos que la evaluación de previsión de daño debe objetivarse en forma suficiente en la historia clínica, y que dicha reseña imparcial debe realizarse según fundamentos claros y de causación evidente. Cada miembro del equipo debe reflejar en sus evoluciones como está calibrando sus previsiones de pasaje al acto y asimismo le corresponde la obligación de confrontar dicha evaluación con la que en forma contemporánea realiza el resto del equipo.

La toma de decisión de internar o disminuir la libertad del paciente en función de preservarlo de sí mismo (por riesgo grave, cierto e inminente) deberá ser atributo del equipo, mayormente psicólogo y psiquiatra -en casos de internación dicha decisión será valorada por los magistrados- y si por un caso de urgencia ante el riesgo cierto e inminente, alguno de sus miembros ha debido actuar en forma solitaria, deberá en forma diligente compulsar la opinión del resto. Esta rápida consulta deberá realizarla por el interés y derecho del paciente psiquiátrico a recibir una indicación conjunta y no personalizada pero también en su propio interés de no adoptar una medida controvertida en forma aislada. Asimismo el equipo también participa del interés de ser convocado a dar su opinión, dado que se sobreentiende que los integrantes actúan en nombre del equipo. Las actitudes individuales expresan en forma tácita el acuerdo del grupo terapéutico, salvo expresa mención en contrario.

Conclusiones

La práctica psiquiátrica se encuentra atravesada por la demanda de la urgencia del paciente, la familia y la sociedad; la interdisciplina y el control del estado acerca del régimen de restricción de autonomía que puede sufrir el paciente. El psiquiatra en su accionar hereda una tradición conceptual desactualizada y a contra mano de todas las tendencias modernas nacionales e internacionales que regulan las reglas de su arte. Este descono-

cimiento profundo del estado actual de la discusión y de los marcos regulatorios lo expone a situaciones de reproche penal que se emparentan con una defensa mal entendida acerca de su lugar de desempeño profesional dentro de un equipo terapéutico. Nuestra propuesta al respecto es que el psiquiatra es un miembro calificado pero integrante de un equipo, donde decisión y responsabilidad deben ser compartidas.

Por su parte la herencia del imaginario positivista social y del duro cuerpo doctrinario decimonónico permanecen generando aún una confusión entre conceptos que debieran ser exclusivamente clínicos, aún con consecuencias medico-legales pero no pretendidamente penológicos. Al respecto proponemos que la peligrosidad, sea contextualizada en la encrucijada de la urgencia psiquiátrica, entendida como una peligrosidad psicopsiquiátrica homologable al riesgo grave, cierto e inminente de daño para sí o terceros, único momento en el que se le puede exigir al psiquiatra y al equipo capacidad de objetivación y fundamentación científica del mismo. Dicha ponderación deberá basarse en el trazo de una cartografía de la temerabilidad como factor relevante a la hora de establecer un pronóstico ajustado a la gravedad de la disfunción aguda o crónica subyacente, permitiendo establecer tratamientos viables y efectivos que justificarán singularmente las restricciones eventuales a la libertad. Cabe entonces descartar a los procesos de diagnóstico que se han realizado, únicamente, sobre un

acto aislado ignorando otros parámetros coincidentes. Los condicionamientos a la libertad deben ser personalizados, descartando el binomio opuesto de libertad vs. enclausuramiento como única opción. En muchos casos el paciente podría ajustarse a un proceso terapéutico menos restrictivo que la internación psiquiátrica pero la familia no es suficientemente continente para afrontarlo, en tales casos somos de la opinión que deberá ser el juez a cargo quien determine si debe incrementarse la restricción de movimientos solo en base a las características familiares (se ha transcripto mención expresa de la Corte en tal sentido). Por tal razón creemos que la distinción entre *peligrosidad inminente* como sinónimo de riesgo grave cierto e inminente vs. *peligrosidad potencial* fundamentan dos tipos de restricciones de la libertad diversos: la *internación urgente* que no admite dilaciones basada en lo perentorio de la inminencia del daño vs. *la internación como instrumento terapéutico* basado en la peligrosidad potencial sujeta a variables que incluyen las respuestas iniciales a indicaciones de prueba que el equipo formula en primer término. Por último obsérvese que proponemos un traspaso global del ejercicio de control de seguridad al poder judicial y entendemos a la indicación en salud mental como un ejercicio interdisciplinario de carácter técnico que asesora al magistrado y solo actúa sin dicho control en modo excepcional por cuestiones temporales ■

Referencias bibliográficas

1. Achaval A. Psiquiatría Médico Legal y Forense. Buenos Aires, Astrea, 2003.
2. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti, Lundgren E, Esposito W, Berardi D. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 247-255.
3. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, de Girolamo G. Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities. A National Survey in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 772-782.
4. Bornstein SJ, Raymond SG. Etat Dangereux. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale* (Paris) 37145 A10-12.
5. Bulbena A, Martín LM. Urgencias Psiquiátricas. En: Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Buenos Aires: Masson; 2006.
6. Cabello VP. Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. Tomo I. Buenos Aires, Editorial Hammurabi, 1981.
7. Castex MN, Silva DH. El estado peligroso y la peligrosidad jurídica, en psico(pato)logía forense: una nueva lectura. 59º Sesión de Comunicaciones. G.I. D.I. F. Instituto Interdisciplinario de Investigación de las Ciencias y la Tecnología, Academia Nacional de Ciencias, Agosto 19, 1993.
8. Colasanti A, Natoli A, Moliterno D, Rossattini, De Gaspari IF, Mauri. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 441-448.
9. Covelli JL, Rofrano GJ, Monchablón Espinoza A, Pinto R. Imputabilidad y Capacidad de Culpabilidad. Perspectivas Médicas y Jurídico-Penales. Buenos Aires, Dossyuna Ediciones Argentinas, 2009.
10. Ferri E. Sociología Criminal. Madrid, Góngora, 1907.
11. Foucault M (1973-1974). Le pouvoir psychiatrique, Cours au College de France. Editions de l'EHESS.Édition établie, sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Jacques Lagrange, 2003.
12. Foucault M (1974-1975). Les anormaux. Cours au College de France. Editions de l'EHESS.Édition établie, sous la direction de F. Ewald et A. Fontana, par Valerio Marchetti et Antonella Salomoni, 1999.
13. Garrabé J. «De Pinel à Freud? Le traitement moral:

- son évolution de Pinel à nos jours». En: Philippe Pinel, sous la dir. de Jean Garrabé, Le Plessis-Robinson, Synthélabo/Les empêcheurs de penser en rond, 1994.
14. Godoy RLM. La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2009; 20 (83): 71-73.
 15. Hawton K, van Heering K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-1381.
 16. Reidy DE, Zeichner A, Martínez MA. Effects of Psychopathy traits on unprovoked aggression. *Aggressive Behavior* 2008; 34: 319-328.
 17. Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE. Suicidal Behavior in Schizophrenia. A test of the Demoralization Hypothesis. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 147-153.
 18. Smith C, Fischer KW, Watson MW. Toward a Refined View of Aggressive Fantasy as a Risk factor for Agression: Interaction Effects Involving Cognitive and Situational Variables. *Aggressive Behavior* 2009; 35: 313-323.
 19. Snowden RJ, Graly NS, Taylor J, Fitzgerald S. Assessing Risk of future violence among forensic psychiatric inpatients with the classification of violence risk (covr). *Psychiatric Serv* 2009; 60: 1522-1526.
 20. Stingo NR, Zazzi MC. Evaluación de la heteroagresividad. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2005; 16: 178-187.
 21. Tieghi ON. Tratado de Criminología. Buenos Aires, Editorial Universidad, 1989.
 22. Warren G, Clarbour J. Relationship Between Psychopathy and Indirect Agression Use in a Noncriminal Population. *Aggressive Behavior* 2009; 35: 408-421.
 23. Villanueva Cañadas E. Medicina Legal y Toxicología "Gisbert Calabuig". 6a Edición. Buenos Aires, Editorial Masson, 2005.
 24. Zaffaroni ER. Derecho Penal. 2a edición. Buenos Aires, Editorial EDIAR, 2002.
 25. Ziffer P. Lineamientos de la determinación de la pena. Buenos Aires, Editorial Ad Hoc, 2008.
 26. Ziffer P. Medidas de Seguridad. Pronósticos de Peligrosidad en Derecho Penal. Buenos Aires, Editorial Hammurabi, 2008.
 27. Ziffer P. Jurisprudencia de Casación Penal, análisis de fallos. Buenos Aires, Editorial Hammurabi, 2009.

U
UNIVERSIDAD
ISALUD
EDUCACIÓN para la
TRANSFORMACIÓN

ABIERTA LA
INSCRIPCIÓN 2010
5239-4000
www.isalud.edu.ar

Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Directora: Mag. Araceli López
Acreditada por la CONEAU Resolución 474/06

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Directora: Mag. Silvia Gascón
Res. N° 275/00 M.C.E. CONEAU Res. N° 88/02

Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Director: Dr. Hugo Barrionuevo
Res. N° 499/02 M.C.EyT. CONEAU Res. 411/04

el rescate y la memoria



Eugen Bleuler y los inicios de la psicopatología psicodinámica

Norberto Aldo Conti

Eugen Bleuler nació el 30 de abril de 1857 en Zollikon, ciudad Suiza cercana a Zurich, pertenecía a una familia de campesinos protestantes con linaje tradicional, su padre Johann Rudolf Bleuler, era el administrador de la escuela local y, al igual que su abuelo, había participado en las luchas por mejorar la situación de los campesinos que culminaron en 1833 con la fundación de la Universidad de Zurich con el fin de elevar la capacitación intelectual de la población de esa zona.

Eugen estudió medicina en Zurich y luego se formó en psiquiatría en Berna primero y luego en París donde asistió a las clases de Jean-Martin Charcot (1825-1893) y de Jacques Joseph Valentin Magnan (1835-1916), posteriormente realizó estancias en Londres y Munich siendo su director de tesis Bernhard Von Gudden (1824-1886), al completar su formación vuelve a Zurich ingresando en el Hospital Psiquiátrico Universitario, conocido como Burghölzli, donde inició su actividad como asistente del director Auguste-Henri Forel (1848-1931). En 1886 fue nombrado director de una clínica psiquiátrica en Rheinau regresando al Burghölzli en 1898 para hacerse cargo de la Dirección. Se mantuvo en la Dirección del Hospital hasta 1927, siendo sucedido en el cargo por su hijo Manfred, falleció el 15 de julio de 1939 en la ciudad de sus ancestros.

El Burghölzli y la Escuela de Zurich

El Burghölzli, creado a instancias de Griesinger quien falleció dos años antes de su inauguración en 1870, se transformó durante los veinte años de dirección de Forel (1879-1898) en un centro psiquiátrico de reconocimiento internacional en donde se combinaban los avances de la clínica francesa y alemana. Con la llegada de Bleuler a la dirección se agregó una nueva perspectiva de investigación en psiquiatría al introducir los recientes conceptos de las teorías freudianas con la colaboración de un joven alumno suyo que también era discípulo de Freud: Carl Gustav Jung (1875-1966); en efecto, Jung llegó a



Burghölzli en 1900, recién egresado como médico en la Universidad de Basilea como segundo asistente de Bleuler, en 1902 pasó a ser su primer asistente y completó su tesis doctoral titulada *Sobre la psicología y la patología de los llamados fenómenos ocultos*, entre 1905 y 1909 se desempeñó como Jefe de Clínica del Burghölzli y mantuvo una estrecha relación de trabajo e investigación con Bleuler de la cual dan cuenta obras tan importantes como *Afectividad, sugestibilidad, paranoia* (1906), *Psicología de la Demencia Precoz* (1907), y *Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias* (1911).

Bleuler continuó al frente del Burghölzli hasta su jubilación en 1927 y durante los treinta años de su dirección imprimió un sello que hizo que el trabajo allí realizado fuera reconocido en el mundo de la Psiquiatría como la "Escuela de Zurich", no obstante la producción más original de esta orientación fue la pergeñada en el decenio 1900-1910 ya que marcó un nuevo rumbo en la

psiquiatría europea dando inicio a lo que Georges Lantéri-Laura ha denominado *Paradigma de las Grandes Estructuras Psicopatológicas*.

Acerca de Afectividad, sugestibilidad, paranoia

Esta obra, que aquí presentamos, fue publicada por Bleuler en 1906 y constituye la primera mirada de conjunto sobre la nueva orientación psicodinámica pero además forma parte, indudablemente, de un trabajo mayor que engloba el esfuerzo de varios de los pioneros en la aplicación de las teorías freudianas al campo de las psicosis, las cuales eran consideradas hasta ese momento como entidades clínico evolutivas o enfermedades naturales orgánicamente determinadas y conceptualizadas en los modelos nosográficos kraepelinianos, los más aceptados en la clínica de lengua alemana hasta ese momento.

En efecto, para romper con esa hegemonía naturalista Bleuler afirma, al referirse a los mecanismos de la formación delirante, que:

“... la investigación psicológica de la génesis del delirio en la paranoia y en las afecciones paranoides ha comprobado, con toda seguridad, la influencia patológica que ejercen sobre el pensamiento los complejos representativos cargados de afecto que signifiquen, de algún modo, un conflicto interno.

Y en el capítulo dedicado a la afectividad sostiene que:

“Es, sobre todo, en la patología donde mejor se muestra la posición dominante de la afectividad y su gran independencia de los procesos intelectuales. La efectividad aparece aquí como una propiedad elemental de la psique, que domina todo el cuadro patológico y que modifica a su arbitrio las funciones intelectuales

Para terminar el mismo afirmando:

“Así, pues, tanto psíquica como biológicamente, aparecen como algo natural todos los mecanismos elementales afectivos de Freud – represión, desplazamiento y transferencia – con sus secuelas, sobre los que tanto se ha discutido inútilmente.”

Vemos aquí que es el horizonte epistemológico por el que transitaba la psiquiatría de principios del siglo XX lo que pretende cambiar Bleuler, comienza a aparecer entonces una psicopatología fundada en cierta conceptualización de aparato psíquico que se aleja de aquella

otra determinada por los sistemas neurológicos de funciones cerebrales, esta perspectiva orientará sus investigaciones durante toda una década hasta su ruptura definitiva con Jung en 1909 y con Freud en 1911.

Fruto de estas investigaciones es también la obra de Jung *Psicología de la Demencia Precoz* publicada poco después, en 1907, en donde Jung desarrolla en profundidad el concepto de complejo afectivo como fenómeno originario de la psicosis.

Que estos conceptos son el desarrollo de una investigación conjunta dan cuenta las palabras del propio Bleuler en el prefacio de su otra obra fundamental publicada en 1911, pero completada en el verano de 1908, me refiero a *Demencia Precoz o el grupo de las esquizofrenias*, en él dice:

“... Un aspecto importante del intento de perfeccionar y ampliar los conceptos de la psicopatología es precisamente la aplicación de las ideas de Freud a la demencia precoz. Estoy seguro de que todo lector se da cuenta de cuán grande es nuestra deuda respecto a este autor sin necesidad de que yo mencione su nombre en todos los puntos apropiados de la exposición. Deseo agradecer también a mis compañeros de trabajo de Burghölzli, de quienes mencionaré solamente a Riklin, Abraham, y en especial a Jung. Sería imposible establecer con precisión quien proporcionó tal o cual idea u observación.”

Si intentáramos resumir las aportaciones esenciales de este período del pensamiento de Bleuler deberíamos centrarnos en los conceptos de autismo, que propone como alternativa al autoerotismo, término introducido por Havelock Ellis y adoptado por Freud, y de esquizofrenia propuesto como alternativa a la demencia precoz kraepeliniana. Paradójicamente ni Freud ni Jung aceptarán estos conceptos; respecto al primero Freud mantendrá el de autoerotismo y Jung propondrá el de introversión para hacer referencia al mismo proceso, respecto al segundo tanto Freud como Jung mantendrán la denominación kraepeliniana de demencia precoz; sin embargo la psiquiatría europea quedará marcada por estos dos conceptos bleulerianos ya que autismo pasará a ser un término central en el diagnóstico de las psicosis infantiles y esquizofrenia será, en detrimento de la demencia precoz, el concepto que acompañará, como contrapunto, a la paranoia en las nosografías de las psicosis delirantes crónicas a lo largo de los últimos noventa años ■

Referencias bibliográficas

1. Bleuler, E., Afectividad, sugestibilidad y paranoia, Paz Montalvo, Madrid, 1942
2. Bleuler, E., Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias, Lumen, Buenos Aires, 1993.
3. Colina Pérez y Álvarez Martínez, El delirio en la clínica francesa. Dorsa, Madrid, 1994
4. Conti, N., Jean Jacques Valentin Magnan, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VI, Num. 22, pp. 307-309, 1995.
5. Conti, N., “Análisis histórico y epistemológico de la psiquiatría moderna: Terreno social y producción discursiva en los siglos XIX y XX”, en *Sinopsis, APSA Revista*, N° 37, Abril, 2004
6. Conti, N., Psicosis Delirantes Crónicas en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX; Nro. 85, pag.187-199, 2009
7. Ey, H., Estudio sobre los Delirios, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
8. Ey, H., Tratado de psiquiatría. Toray, Madrid, 1980
9. Jung, C.G., Psicología de la Demencia Precoz, Paidós, Buenos Aires, 1990.
10. Lantéri-Laura, G., Los Paradigmas de la Psiquiatría Moderna, Triacastela, Madrid, 2000.
11. Stagnaro, J.C., Presentación de Emil Kraepelin en La Demencia Precoz de E. Kraepelin, Ira. Ed. en español, Pólemos, Buenos Aires, 1995.

Afectividad, sugestionabilidad, paranoia

Eugen Bleuler

Ed. Morata, Madrid, 1942

Mecanismos de la formación delusiva

En la primera edición se quiso mostrar, en el capítulo de la paranoia, que el sistema delusivo se origina, en ciertas disposiciones, a través de la acción catatímica de los afectos. Ahora ya no es esto necesario, porque, aunque se discuten todavía algunos detalles, se acepta, en general, la realidad del concepto psicogenético del sistema delusivo. Kraepelin, en la octava edición de su manual (1915), describe la paranoia como “un desarrollo insidioso, originado por causas internas, de un sistema delusivo permanente e inmovible, que cursa con plena conservación de la claridad y del orden en el pensamiento, en la voluntad y en la conducta”. Pero en las “causas internas” sólo existe una parte de las condiciones de origen; también en la descripción de Kraepelin intervienen los mecanismos psíquicos. Remito, además, al trabajo de Hans W. Maier, del año 1912, y al análisis de Kretschmer de la “delusión sensitiva de autorreferencia”, realizado este último de un modo incomparablemente más amplio, más detallado y más fino de lo que yo estaba en condiciones de hacer. Es cierto que su investigación se refiere a casos que yo incluiría la mayor parte de las veces, aunque no siempre, en el círculo esquizofrénico. Pero como también allí la delusión se origina fundamentalmente por las mismas fuerzas y mecanismos que en la paranoia, el trabajo es valioso, asimismo, para nuestro propósito.

Desarrollar el problema total de la paranoia exigiría una monografía, y, a pesar de los muchos y muy bellos progresos realizados, no ha llegado el tiempo todavía de dar una respuesta definitiva a esta cuestión.

Por eso quisiera limitarme a exponer concisamente cómo me imagino la conexión del sistema delusivo con la afectividad, después de añadir a las anteriores otras tres historias clínicas, que pueden aclarar más conceptos.

Comprendo por paranoia sólo el grupo nosológico así calificado por Kraepelin, con su sistema delusivo inmovible

y sin otros trastornos considerables del pensamiento o de la afectividad, sobre todo sin embrutecimiento y sin alucinaciones que den un colorido al cuadro clínico; pero incluyo en este concepto, como también hacía antes Kraepelin, las formas litigantes que reúnan las mencionadas condiciones.

Después de que la literatura de los últimos años ha considerado la teoría de la formación delusiva casi exclusivamente desde los puntos de vista sustentados en este trabajo, ya no considero necesaria la discusión de los otros conceptos indicados, aunque no se les haya eliminado definitivamente y, sobre todo, el “afecto de desconfianza” sea apreciado todavía, de vez en cuando, como base de la formación delusiva. Pero las experiencias hechas desde entonces no me han dado ningún punto de apoyo para modificar las opiniones expresadas en la primera edición; por el contrario, ahora podría justificarlas todavía más.

CONFLICTO INTERNO. La investigación psicológica de la génesis de la delusión en la paranoia y en las afecciones paranoides (incluida la parafrenia) ha comprobado, con toda seguridad, la influencia patológica que ejercen sobre el pensamiento los complejos representativos cargados de afecto que signifiquen de algún modo un conflicto interno. El individuo que se hace paranoico posee la ambición de ser o de producir algo sobresaliente. Pero no es capaz de lograr esta finalidad, para lo cual no he encontrado más motivo, hasta ahora, que la insuficiencia de la energía. Confesarse su propia debilidad y conformarse con ella no es posible, porque se opone a esto el concepto elevado de sí mismo, para el cual sería demasiado dolorosa tal disminución de su valor. La asociación “tengo un carácter demasiado blando” se hace imposible por este afecto de displacer; en cambio, se facilitan con mucho vigor aquellas asociaciones que son apropiadas para encubrir o dar la apariencia de falsa a la representación desagradable. Según el temperamento (y

ciertas otras constelaciones, más accesorias), se eligen para ello distintos recursos, entre los cuales son los más importantes: el que se da también de primera intención, instintivamente, en los sujetos normales, de buscar la culpa fuera de sí mismo, en las circunstancias y, sobre todo, en otras personas (delusión de persecución), y después, el de imaginarse los deseos como si estuvieran realizados (delusión de grandezas).

SUPERACIÓN DE LA LÓGICA POR LOS AFECTOS. El hecho de que se imposibilite la asociación de la idea de inferioridad puede explicarse por dos mecanismos: la idea se elimina ya en su origen, como función, o bien se forma en realidad, pero se impide su asociación con la personalidad consciente, "se intercepta de la conciencia". Que yo sepa, no existen observaciones en la paranoia que hayan demostrado directamente uno u otro de estos mecanismos; sin embargo, el estudio de los sujetos normales y toda la psicopatología de las neurosis y de la esquizofrenia demuestran que sólo las funciones interceptadas, reprimidas, pero no impedidas, pueden tener una fuerza tan intensa que den lugar a consecuencias como las ideas delusivas, aunque ambos mecanismos sean la expresión natural de la misma función básica y puedan sustituirse recíprocamente. Si no se ha formado en absoluto la asociación de la propia inferioridad, persistirá necesariamente el convencimiento de la propia eficiencia; entonces podrán originarse formas patológicas como la oligofrenia relativa, o, en general, en la euforia con *falta de crítica*, las desenfadadas ideas de grandezas de la parálisis maníaca, pero no cuadros psíquicos que, como la delusión de los paranoicos, pueden mantenerse toda una vida, en contra de una lógica intacta por lo demás y de toda la evidencia de las percepciones. Esta superación de la lógica por los afectos presupone que, en el paranoico, la afectividad tiene que poseer una *fuerza conmutadora demasiado intensa* en relación con la firmeza de las asociaciones lógicas. Lo decisivo, habitualmente, es el aumento de la fuerza conmutadora afectiva, puesto que, en la inmensa mayoría de los paranoicos, no se puede demostrar, fuera de la delusión, una debilidad de las asociaciones, pero sí siempre la pujanza de la afectividad.

En la capacidad de resistencia de las funciones lógicas frente a las influencias afectivas, no se trata de "inteligencia", de la "razón" en el sentido vulgar, y, por lo tanto, no del número de asociaciones utilizables en una reflexión, sino de la *firmeza* formal de los enlaces asociativos, que son adquiridos por la experiencia. Con eso se contesta a la objeción de Lange (a la que he dado lugar por el modo inexacto de expresarme) de que no siempre "tiene que existir una desproporción entre la inteligencia y la afectividad", porque hay también paranoicos muy inteligentes; la debilidad de los enlaces asociativos es, ciertamente, una debilidad de las funciones intelectuales, pero no de la inteligencia. Esta última, como también tiende a admitir Lange, suele ser en los paranoicos superior al término medio; es propio de la inteligencia notar el conflicto, reprimirlo y poner en su lugar un sistema delusivo complicado, que se mantiene ante sí mismo y ante los demás. Por otra parte, en los oligofrénicos, una afección semejante adopta formas algo distintas, de

tal modo que no quisiéramos incluirlas en la paranoia de Kraepelin.

COMPONENTE ESQUIZOIDE. Aunque, por regla general, no podamos demostrar una resistencia debilitada de las asociaciones lógicas, tiene que existir, sin embargo, en todo paranoico, por lo menos, una *tendencia a las escisiones*; esto es, a enlaces menos fuertes que en los individuos normales; de lo contrario, no podría reaccionar catatímicamente de un modo tan marcado y tan unilateral. Los paranoicos han de tener en su disposición algo intensamente esquizoide, pero debe advertirse de un modo expreso que esto sólo no quiere decir, necesariamente, algo patológico, algo esquizofrénico. Sólo actúa en sentido patógeno la cooperación de la afectividad estable, fuertemente conmutadora, con esta esquizoidia. Por lo demás, esto se ve también en el hecho de que las psicopatías afines a la paranoia y, por lo tanto, los parientes de los paranoicos, no pueden separarse hasta ahora del círculo hereditario esquizoide o esquizofrénico.

Es todavía discutible si en las familias de los paranoicos hay más esquizofrénicos de lo que correspondería al azar. Hasta ahora, según Hoffmann, V. Economo y otros, se ha creído así, pero Lange no ha podido confirmarlo en su gran material. Si hubiera que confirmar su hallazgo, sería preciso diferenciar la anormalidad que encontramos en las familias de los paranoicos, de la anormalidad paranoide que vemos en las familias de tantos esquizofrénicos.

ESTABILIDAD AFECTIVA. Pero la afectividad del paranoico tiene que ser, no sólo fuertemente conmutadora, sino también estable. Si fuese lábil, como en el histérico, se originaría precisamente una histeria o algo semejante; en todo caso, los afectos lábiles no pueden desarrollar y fijar un sistema delusivo crónico. Pero todavía más importante para la incurabilidad de la delusión es la causa espacia de la misma, que consiste, regularmente, en una dificultad insuperable, la cual —es cierto otra vez— no sería sentida persistentemente si la afectividad no fuese estable.

Hasta ahora, sólo he podido investigar con exactitud paranoicos en actitud de defensa: perseguidos, celosos y litigantes. En todos ellos, he encontrado el conflicto entre la ambición y la energía de la voluntad. Al desarrollo de la delusión de persecución contribuyen también una porción de circunstancias accesorias. El fracaso de los propios planes, por ejemplo, condiciona la envidia natural frente a los *beati possidentes*, y éste es, ya en los normales, uno de los medios más poderosos para facilitar el camino a toda clase de representaciones sobre la mala intención del sujeto envidiado. La intensidad de la fuerza conmutadora y la continua persistencia del conflicto entre lo que se quisiera ser y lo que se es, impide que se tengan en cuenta las razones contrarias. De este modo, aparece la delusión de persecución. Cuando llega ésta a contradicciones con la realidad, se añade instintivamente, por las mismas vías de la inhibición y de la facilitación, una explicación nueva; la delusión de propaga. Pero se difunde también porque, por la persistencia del conflicto, ocupa, consciente o inconcientemente, al enfermo de un modo tan constante que las nuevas vivencias se asocian a ella con facilidad. Incluso cosas completamente indiferentes, como que corran los niños detrás del

tranvía en que va el paciente, que un transeúnte se toque la nariz, etc., se ponen en relación lógica, en seguida o después de algún tiempo de incubación, con el sistema delusivo, y como se eliminan todos los pensamientos opuestos, la interpretación de aquellos hechos, no sólo es tomada en consideración como posibilidad, sino que es *creída* también como realidad. Lo mismo que en los sujetos normales, sólo que con mayor intensidad, también los recuerdos se ponen al servicio del complejo, por la adición de nuevas interpretaciones de los hechos o por enlaces ilusorios de los propios contenidos del recuerdo.

Sobre la base de este material intelectual falseado, de las *ilusiones del recuerdo* y de las *falsas autorreferencias*, también una operación lógica correcta tiene que llegar a resultados incorrectos. Pero como quiera que el pensamiento es, por lo demás, normal, las formaciones delusivas conservan una apariencia de lógica y se ordenan en una continuidad comprensible, es decir, la delusión paranoica es "sistematizada". Por las mismas razones, y como sólo existe un conflicto, se enlazan todas las ideas delusivas al mismo complejo, esto es, se mantienen lógicamente "centradas", a diferencia de la mayoría de las ideas delusivas esquizofrénicas, que son incoherentes.

DEBILIDAD SEXUAL. Si el conflicto afecta a las relaciones con el cónyuge, se forma la *delusión de celos*, detrás de la cual se oculta regularmente una *debilidad sexual* no confesada a sí mismo o un sentimiento de culpa sexual (infidelidad propia, real o deseada, o algo semejante). En los esquizofrénicos basta, entre otras cosas, el simple deseo de no estar supeditados al cónyuge.

Por lo demás, hasta donde alcanza mi experiencia, todos los paranoicos padecen de una especie determinada de debilidad sexual: la necesidad de hijos, que destaca tan intensamente en la esquizofrenia, falta en estos enfermos, que, además de esto, muestran un débil erotismo. Nuestra auxiliar de oficina (I) piensa, sin duda, a temporadas, en asegurarse el porvenir, pero nunca en el matrimonio en sentido erótico. El empleado de contribuciones (II) se ha entregado ciertamente en el extranjero al trato sexual con mujeres, pero dejó de hacerlo en absoluto, o por lo menos con tanta frecuencia, en cuanto se emancipó de la sugestión ambiental; tampoco se casó este enfermo. El técnico (III) ha "olvidado" más o menos a su mujer. La historiadora (IV) se divorció pronto y confiesa que no ha buscado el trato sexual en el matrimonio. El escritor (V) no se ha casado. El mecánico (VI) tuvo dos mujeres, pero vivió, en gran parte, separado de ellas. El encuadernador (VII), con su apego a la mujer, es seguro que no tiene una paranoia simple; tiene, probablemente, una esquizofrenia.

Sin embargo, no es rara la delusión paranoica-erótica. Pero casi nunca satisface verdaderos deseos sexuales, sino deseos de grandezas, sobre todo de ennoblecimiento; lo mismo que en los cuentos infantiles, la aspiración se dirige hacia un príncipe o una princesa (caso IV).

INFLUENCIA DEL TEMPERAMENTO. Las formas de la delusión de persecución, de la delusión de celos y, a menudo también, de la delusión erótica, proceden de los complejos formados por los conflictos correspondientes y, por lo tanto, pueden

originarse con una *actitud temperamental* corriente o bien ligeramente anormal. Pero las desviaciones holotímicas provocadas por el ánimo constitucional introducen direcciones especiales de la asociación y prestan un colorido al cuadro clínico. Pero si el temperamento fuese intensamente eufórico, obtendrían la hegemonía las asociaciones agradables; se resolvería el conflicto, porque los deseos se realizarían en la delusión y se produciría la *delusión de grandezas*. Los individuos que, en el sentido de lo maniaco, poseen tendencia a la actividad, junto con un elevado concepto de sí mismos y, por lo tanto, con una gran susceptibilidad, se hacen fácilmente *litigantes*. Ignoro qué papel desempeñará en estos el conflicto interno, pero no puedo concebir que falte; Kraepelin llega, incluso, a querer separar los litigantes de los restantes paranoicos, porque en ellos está en el primer plano el conflicto externo. Pero que el temperamento más o menos maniaco pertenece al litigar paranoico, se deduce no solo de que este temperamento origine con la mayor facilidad las dos condiciones previas de la actividad intensa y del concepto de sí mismo elevado y, al mismo tiempo, susceptible, sino de la observación de tales pacientes y del hecho de que también los maníacos-depresivos tienden fácilmente a litigar durante las fases hipomaniacas, cuando poseen, a la vez, un intenso componente esquizoide, es decir, una intensa fuerza conmutadora de la afectividad. El componente esquizoide que debe existir en este último caso, junto a la hipomanía, tampoco es meramente teórico, sino que puede demostrarse fácilmente en estos individuos y en sus familias, de tal modo que, si se mantiene el antiguo concepto de la delimitación severa entre esquizofrenia y locura maniaco-depresiva, se vacilará a menudo en el diagnóstico de tales casos.

Es posible que el ánimo no solo confiera cierto colorido al cuadro clínico, *sino que, en ciertas circunstancias, sea también una condición necesaria para el desarrollo de la delusión*. El estado hipomaniaco presta al maniaco-depresivo litigante el concepto elevado de sí mismo, la susceptibilidad y la energía, que son necesarios para reaccionar a las ideas de perjuicio, en el sentido de la litigación. Tanto el estado de ánimo maniaco como el depresivo pueden aumentar un conflicto interno, ya existente, hasta transformarlo en causa de enfermedad, aunque no sean necesarios para la formación del conflicto.

Pero el *temperamento* puede ser muy distinto y carece de importancia, en tanto que se trate de la paranoia en general y no de grupos especiales de la misma. Al criterio que quisiera exigir un temperamento hipomaniaco para todos los paranoicos se oponen precisamente nuestros casos I y II, que tienen tendencia a la depresión, en forma de distimia permanente y de reacciones psicógenas.

Por el contrario, la *delusión de grandezas* presupone siempre una cierta euforia, que está unida a la hipervaloración del yo y a objetivos demasiado elevados. Nunca he podido todavía, ciertamente, investigar con exactitud el origen de la delusión pura de grandezas en los paranoicos. Naturalmente, tiene que expresarse, como las otras formas de la delusión de grandezas, una realización de deseos. Las transiciones hacia la normalidad son aquí especialmente claras en los inventores y descubridores de novedades científicas. En tales casos no es fácil, ni siquiera para el profesional diferenciar

lo correcto de lo falso. Sin embargo, el hecho de que también en individuos muy inteligentes, aunque algo eufóricos y pagados de sí mismos, pero no maníacos, se pueda desarrollar, fijar y generalizar una verdadera delusión, necesita una explicación especial, que probablemente se encontrará también en una herida del amor propio. En condiciones psicológicas normales, ni siquiera los deseos más ardientes conducen a ideas delusivas y, por otra parte, en el paranoico no es preciso que esté afectada de un modo apreciable la fuerza lógica del pensamiento. En casos mixtos, como el de nuestro ingeniero industrial, vemos desarrollarse conjuntamente la delusión de grandezas y la de persecución; las aspiraciones se realizan directamente, en parte, en los planes de mejoramiento del mundo y en las dos invenciones, de las cuales la concebida en la edad adulta era utilizable, aunque no tuviera el éxito que esperaba el paciente; la otra, hecha después de la apoplejía, en el comienzo de la senilidad, contenía una idea correcta, pero no podía llevar a la práctica, sin que estuviera el paciente en condiciones de comprender el defecto. Con el aumento de la senilidad, se produjeron errores groseros, ya que el enfermo creyó que le habían dejado en herencia una casa y que le habían prometido la libertad. También, a la acentuada delusión de grandezas, se mezclan fácilmente ideas aisladas de persecución, siempre por el mecanismo antes citado; porque el paciente, que por lo demás piensa de un modo lógico, tiene que buscar causas de su fracaso, ajenas a su propia diferencia y a la incorrección de sus descubrimientos.

(...)

Sería interesante investigar, en la verdadera paranoia, *las relaciones entre las formas especiales y las disposiciones naturales*. Lange ha intentado, por primera vez, resolver el problema; pero no ha podido establecer todavía ninguna correlación entre el tipo de enfermedad y las propiedades constitucionales separadas de ella. Esto sólo significa que no ha podido separar aquellas propiedades que actúan patoplásticamente. El temperamento tiene con seguridad, como demuestran ya los pocos casos citados, una clara influencia sobre el colorido de la enfermedad. En el primero de los tipos expuestos por él, se comprende fácilmente que el enfermo desarrolle simples realizaciones de deseos, sin delusión de persecución; con su descomunal concepto de sí mismo, está pro encima de la burla y del escarnio (con lo cual no compaginan, ciertamente, los términos “angustioso” y “tímido”). Por qué el caso opuesto a este no forma ninguna delusión de persecución, no puede deducirse, al contrario, de la mencionada propiedad; pero mucho menos puede deducirse que falten razones evidentes para que no pueda percibir la contradicción entre delusión y realidad. Tendríamos que conocer el caso mucho mejor para poder decir que, a pesar de su constitución análoga al primero, haya formado un sistema delusivo completamente distinto.

Que íntimamente ligadas están la delusión y la constitución puede verse en que, en el primer caso de Lange, podríamos decir: “No se siente perseguido; está, pues, por encima de la burla y el escarnio”, con el mismo derecho con que antes, en sentido inverso, hemos explicado la delusión a partir de la constitución. En todo caso, el ánimo habitual, que es un factor importante de la constitución, influye de un modo comprensible sobre la dirección de la delusión.

PARANOIAS CURABLES. Es natural, según nuestro concepto, que existan paranoias curables. Si en un individuo con la misma disposición, por lo demás, que los paranoicos careciese de la afectividad de la tenacidad suficiente, se podría formar, sin duda, un sistema delusivo, pero no se podría fijar. Que no viéramos los casos capaces de mejoría hasta que Friedmann y Gaupp llamaron la atención sobre ellos, depende de que sólo excepcionalmente llegan al psiquiatra, el cual tampoco puede observar el comienzo de las paranoias incurables; el sujeto lábil, predispuestos a las formaciones delusivas de tipo paranoico, antes de decidirse a acudir a una consulta, ha modificado sus complejos o su afectividad y se ha curado, de este modo, de sus ideas delusivas, quizá para, al cabo de algún tiempo, ligarlas de nuevo a otras vivencias. En otras constituciones de tipo paranoico, que, en general, no llegan a verdaderas manifestaciones patológicas, ya el cambio rápido de la afectividad puede impedir el desarrollo de un sistema delusivo, o bien las anormalidades no son lo bastante intensas para imposibilitar permanentemente la corrección lógica de los trastornos del pensamiento.

HIPÓTESIS DE LA INHIBICIÓN DEL DESARROLLO. Kraepelin busca la disposición a la paranoia en una cierta detención del desarrollo espiritual en un nivel infantil. Por mi parte, tengo una actitud escéptica frente a todos los intentos de referir lo patológico a lo infantil; un enano no es un niño, y, en particular, no se adapta al concepto, en este caso, la circunstancia de que precisamente los niños no forman nunca sistemas delusivos. Frente a los adultos, es propia de la afectividad infantil una pronunciada labilidad y no la estabilidad, más o menos exagerada, que es necesaria para el desarrollo de la paranoia. Pero es fácilmente comprensible que todas las anomalías que puedan concebirse como defectos puedan designarse también como inhibiciones del desarrollo.

CONCEPTO DE LA PARANOIA. Lo esencial, pues, en el concepto de la paranoia es la existencia de un sistema delusivo, producido por el mecanismo catatímico antes indicado, en una psique, por lo demás, normal. Este mecanismo se pone en marcha por un conflicto, relacionado, al parecer, con circunstancias externas, pero que realmente adquiere su causticidad por dificultades internas, casi siempre o siempre en forma de sentimientos de inferioridad, que no pueden confesarse porque no se podrían soportar.

La formación delusiva, producida por medio de la fuerza conmutadora afectiva, que actúa intensa y permanentemente en relación con los complejos aislados, es posible, por otra parte, en disposiciones muy diferentes. Como quiera que una tal disposición puede crearse también por procesos esquizofrénicos leves, resulta que la relación entre esquizofrenia y paranoia puede ser doble: en primer lugar, porque la herencia, hasta un cierto grado, es la misma, pero también porque un grado ligero de esquizofrenia favorece la presentación de cuadros paranoicos. No es raro, incluso, que enfermedades recientes despierten, al principio, la impresión de una paranoia, pero al cabo de algún tiempo se revelen como esquizofrenias. *De todos modos, tales cambios de diagnóstico no son tan frecuentes que justifiquen la atribución de una gran parte de las paranoias a un proceso esquizofrénico; y, a la inversa, incluso con las anamnesis más exactas, sólo*

raras veces se encuentran, en los antecedentes de paranoias claras, motivos que despierten la sospecha de un proceso esquizofrénico anterior. Pero la génesis de la delusión es la misma, y una esquizofrenia no necesita desarrollarse tanto que se hagan visibles los síntomas específicos; *hay que admitir, por lo tanto, que el concepto de esquizofrenia, en el sentido de una psicosis procesal anatómica, coincide en algún aspecto con el concepto de paranoia, ya que ciertos casos, aunque no muy frecuentes, en los que sólo encontramos constantemente el cuadro paranoico, pueden apoyarse, sin embargo, en un proceso esquizofrénico.*

Pero *¿qué derecho tenemos para separar la paranoia de la esquizofrenia, después de que nosotros mismos hemos reducido ciertas formas, con más o menos probabilidad, a procesos esquizofrénicos y hemos admitido, en las demás, una disposición esquizoide?* En primer lugar, la gran mayoría de los casos que la escuela de Kraepelin incluye en la paranoia no se embrutecen nunca y no con traen nunca, en general, síntomas esquizofrénicos específicos. Esto no aporta ninguna prueba absoluta, pero sí una grandísima probabilidad de que haya casos que, sin proceso cerebral, lleguen a un tal sistema delusivo. Precisamente el trabajo de Westerterp pone de relieve de un modo muy bello la diferencia habitual en el comportamiento de las formaciones delusivas “empatizables”, que se desarrollan a partir del carácter, con respecto a las esquizofrénicas. De la circunstancia de que la paranoia aparezca casi exclusivamente en la edad adulta, cuando se desvanecen las esperanzas de alcanzar los fines vitales propuestos, o cuando, como dice Gaupp, disminuye la capacidad de adaptación, mientras que los procesos esquizofrénicos se presentan, en general, en una época más precoz, no podrá inferirse nada a favor de la separación de ambas enfermedades, porque precisamente las formas paranoides de la esquizofrenia tienen también la tendencia a declararse más tarde. Es más importante el hecho de que las paranoias muestren menos signos displásticos que las esquizofrenias, consideradas ambas en su totalidad. Y si todo esto no fuese una razón nosológica suficiente para separar de la esquizofrenia las paranoias de Kraepelin, tendríamos que hacerlo *por razones prácticas*, ya que las paranoias requieren, en todos los aspectos, un tratamiento distinto. Y podemos hacer esta separación práctica, porque, no obstante, con una observación detenida, podemos diferenciarlas de las formas esquizofrénicas, con tanta seguridad como diferenciaríamos clínicamente una sífilis cerebral de una parálisis. Lo único que se podría objetar en contra de una separación severa de la paranoia y de la esquizofrenia sería el hecho de que, por decirlo así, todos los paranoicos tienen épocas mejores y peores, sin que podamos encontrar siempre una causa de ello en las circunstancias externas. Ahora bien: el sujeto normal, ¿no está inclinado también, unas veces más y otras menos, a la susceptibilidad o a la esperanza? Pero destaquemos expresamente que estas oscilaciones no tienen el carácter de la locura maniaco-depresiva, de modo que tampoco aquí puede tomarse en consideración esta última enfermedad.

Westerterp afirma que, en la “delusión de persecución”, encuentra siempre un acodamiento repentino de la curva vital; pero nuestros casos y muchos otros demuestran que no es necesario que sea así y que esto es verdad sólo pre-

cisamente en sus casos (esquizofrénicos). Hay que ser prudentes, además, para valorar una modificación brusca. Lo mismo que hay una multitud de inspiraciones repentinas esquizofrénicas o histéricas, hay también muchas normales; basta con pensar en el investigador al que, de pronto, al parecer de un modo inmediato, se le aclara un problema que le preocupaba, o en los conflictos vitales con los que, de improviso, se resignan muchos sujetos normales, etc.

Así, pues, no es exacto, ni para las formas paranoides de la esquizofrenia ni para la paranoia, que no existan transiciones de la delusión de persecución a la normalidad; es decir, que la delusión de persecución esté siempre de manifiesto o que no exista. ¿Quién no se ha preguntado alguna vez si habría o no que calificar ya como delusión de persecución un determinado cuadro? En la literatura antigua se encuentran bastantes descripciones en las que un enfermo se hace primero sombrío, y luego, a menudo sólo al cabo de años, aumentando progresivamente, se ponen de manifiesto las ideas de persecución.

Existe, sin duda, una diferencia entre la delusión de persecución y las otras formas de delusión; la primera es siempre secundaria. La delusión de grandezas realiza primariamente un deseo; la delusión de los litigantes intenta la realización de un determinado deseo conciente, lo mismo que las formas de la delusión de grandezas. Pero, siempre en el paranoico, y habitualmente en el esquizofrénico, la delusión de persecución trata de ocultar un conflicto ante el propio paciente. Este no puede lograr sus deseos en la realidad, porque, por cualquier motivo, es incapaz de ello. Pero esto es para él un pensamiento insoportable; lo corta *in statu nascendi* y busca los obstáculos en el mundo externo, lo mismo que hace a veces, transitoriamente, cualquier sujeto normal. De este modo es propio, por principio, de la delusión de persecución, que génesis sea irreconocible por el propio paciente, porque este ya no quiere saberla y no porque no puede darse cuenta de ella, sin que se derrumbe su concepto de sí mismo, junto con el edificio delusivo que ha construido precisamente para la salvación de aquel concepto.

Así, pues, la delusión de persecución no es un resultado del “orgullo” y de la “hipervaloración de sí mismo”, sino, por el contrario, de un sentimiento de inferioridad, que nace ciertamente de la necesidad de ser, ante sí y ante los demás, más de lo que se puede ser. Por eso no estoy satisfecho tampoco con la expresión “concepto de sí mismo” que he utilizado, en este sentido, con Kraepelin y otros autores, a falta de otra mejor. El significado de tal expresión es muy ambiguo, de modo que hay que aclarar primero lo que se quiere decir, si no se desprende casualmente del sentido de la frase, como, por ejemplo, en el concepto de sí mismo maniaco. Hablar de un “concepto elevado de sí mismo” no se ajusta, por ejemplo, de ninguna manera, a nuestra auxiliar de oficina y al empleado de contribuciones. También Lange quisiera completar mi fórmula y “sustituirla por un afán de notoriedad, dirigido a menudo, sin duda, en una dirección determinada”. Pero tampoco me parece completamente acertada la expresión “afán de notoriedad”. Se trata, más exactamente expresado, de que se quiere ser algo que no se puede ser y de que se reprime la dificultad. Es menos importante, en ello,

lo que vale uno ante los demás hombres que lo que ha de pensar uno de sí mismo. El afán de notoriedad, *ante los demás hombres*, no necesita conducir a la formación delusiva; como es sabido, puede manifestarse libremente en toda clase de gestos afectados y de actitudes presuntuosas.

Hace tiempo he considerado la incurabilidad de la paranoia como un obstáculo para admitir en ella un origen puramente psicógeno. Pero la incurabilidad permanente, como creo ahora, radica en nuestra selección, ya que no incluimos los casos curables; y, en los otros, la insolubilidad del conflicto interno, es decir, la persistencia de la causa, con una afectividad estable, explica que se mantenga la enfermedad, lo mismo que el complejo de la renta sostiene una neurosis de renta.

En general, *el concepto de una enfermedad* no es nada dado en sí. Las discusiones sobre si un determinado complejo de fenómenos "es o no una enfermedad" descansan, en gran parte, sobre supuestos falsos o imprecisos. Todos los conceptos de enfermedad son relativos, y sólo son legítimos bajo un determinado punto de vista, más o menos arbitrario o accidental. Hay una "neumonía" cuyo concepto es firme hasta cierto punto; pero antes hubo también una neumonía tuberculosa y, ahora, hay todavía dos enfermedades bacterianas que merecen el nombre de neumonía. Se pueden delimitar las enfermedades mentales según determinados síndromes, como la antigua paranoia o la delusión de persecución; pero también según los procesos causales, como la parálisis o la esquizofrenia.

La paranoia es, en primer lugar, un concepto sindrómico: una enfermedad incurable, con un sistema delusivo, organizado por caminos bastante lógicos, sobre la base de autorreferencias patológicas y de ilusiones del recuerdo, sin acompañamiento de otros síntomas morbosos.

La investigación exacta demuestra que este concepto corresponde también a una constitución unitaria: afectividad con intensa fuerza conmutadora, unida a vivas aspiraciones y a una capacidad, frente a ellas, demasiado pequeña, que no está en consonancia ni con las finalidades externas, ni con la valoración del propio yo. *En los otros componentes, en el estado afectivo holotímico y, sobre todo, en la inteligencia, pueden variar mucho las constituciones.* Así, pues, también esta unidad de la constitución sólo existe desde un cierto punto de vista.

Además, los paranoicos, con su formación delusiva catatímica, tienen que poseer un componente disposicional que, por ahora, no puede separar del círculo de formas esquizoides.

Según todas las probabilidades, existe, pues, dentro de la disposición a la paranoia, un matiz cualitativo, pero, sobre todo, cuantitativo, de esquizopatía. Cualitativamente, todavía no se puede caracterizar bien este matiz. Pero, con respecto a lo cuantitativo, quisiéramos aceptar, en el estado actual de nuestros conocimientos, que las formas graves

de esquizoidia conducen a la esquizofrenia; las formas algo menos graves, si se asocia a ellas la correspondiente constitución afectiva, a la paranoia; las formas todavía más leves caracterizan a los psicópatas esquizoides, y en los individuos normales, el "componente esquizotímico" de la psique está distribuido en la medida conveniente.

A partir de este punto de vista, se podrían reunir también, como genéticamente unitarias, aquellas paranoias con los casos restantes, en los que un proceso esquizofrénico pasado, que se ha hecho latente, posibilita o favorece la formación delusiva.

Pero, por lo demás, estos casos forman un subgrupo especial, porque, en ellos, ha tenido lugar un proceso físico, mientras que, en los otros, el sistema delusivo se desarrolla directamente de la constitución congénita. Sin embargo, el sistema delusivo está condicionado psicógenamente en todos los casos, lo mismo que las ideas delusivas de grandeza de los parálíticos maníacos nacen de necesidades psíquicas, por mecanismos puramente psíquicos.

Sin embargo, quienes, en vista del nuevo miembro genético intermedio, es decir, del proceso, quieran separar estas enfermedades de las debidas exclusivamente a la constitución, para asignarlas a la esquizofrenia, a la que pertenecen en virtud del proceso, tendrán toda la razón desde este punto de vista. En todos los aspectos, fuera del sintomático y del práctico, una tal enfermedad pertenece, sin duda, a la esquizofrenia.

Pero nosotros no quisiéramos hacerlo, por las siguientes razones: los síntomas que, en estos casos, podemos comprobar todavía, en la actualidad, no muestran nada que sea característico de alguna manera de la esquizofrenia. Con excepción de la anamnesis, no hay, en cada uno de estos casos, ningún punto de apoyo para asignarlo a la esquizofrenia. Hemos de suponer que, en ciertos casos, aunque sean realmente de origen esquizofrénico, no es posible saber nada de este origen; tales casos, queramos o no, serán atribuidos, por consiguiente, a la paranoia puramente psicógena. Pero lo más importante a favor de nuestra clasificación es la práctica; es cierto, en efecto, que, sobre los casos esquizofrénicos está siempre suspendida la espada de Damocles de un nuevo brote esquizofrénico o de un embrutecimiento paulatino. La experiencia enseña, sin embargo, que no es tan grande la frecuencia de tales casos para que se haga bien en contar con ellos en todas las circunstancias. Así, pues, todos los casos de paranoia, en el sentido definido por Kraepelin, son, también en el aspecto práctico, una unidad. Podemos resumir: *La paranoia, según nuestra delimitación, es un concepto de enfermedad, en tanto que todos los casos sean sintomatológicamente iguales, que nazcan en todos un mismo sistema delusivo por el mismo mecanismo y que tengan, prácticamente, la misma significación.* Si se delimita la enfermedad con arreglo a otros puntos de vista, no será ninguna unidad, ya que, por ejemplo, habría que incluir una parte dentro del marco de la esquizofrenia ■



confrontaciones



162° Congreso Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA): “Dando forma a nuestro futuro: ciencia y servicio”

San Francisco, EE.UU., 16 al 21 de mayo de 2009

Pablo M. Gabay

*Médico Psiquiatra (UBA)
Docente Adscripto de Salud Mental (UBA)
Director, Centro Psicopatológico Aranguren
pgabay@fibertel.com.ar*



Nuevamente, el Moscone Center de la hermosa ciudad de San Francisco fue huésped del principal congreso de psiquiatría de los EE. UU. Participaron más de 15,000 asistentes, el 60% norteamericano y el 40% proveniente de 131 países. Los países más representados, además de los EE.UU., fueron Canadá, Holanda, España, Turquía, Suecia, Francia, Brasil, México, Polonia y Alemania. Argentina contribuyó con 155 asistentes.

Ya desde la organización se notaron cambios en la forma en que se desarrollaría el congreso, con menos fastuosidad y menor presencia de la industria farmacéutica, resultado de discusiones y graves acusaciones hacia conocidos profesionales estadounidenses por sospechas acerca de su imparcialidad. En esa línea, también fueron temas tratados el alejamiento del público hacia las terapias alternativas y la pérdida de un papel preponderante de la psiquiatría en la salud mental.

Ello no significó la inclinación a un reduccionismo neurobiológico sino, al contrario, una reafirmación de la psicoterapia (“la psicoterapia es el corazón de la psi-

quiatria”), una apertura a lo social, al reconocimiento de las diferencias y al derecho a las mismas. Esto no debería extrañar, siendo San Francisco, con su importante comunidad gay y cuna del movimiento hippie a fines de los años ‘60, una de las primeras ciudades de los EE.UU. que respetó el derecho a ser diferente.

Algunos aspectos locales contribuyeron a la elección de los temas a tratar: el famoso Golden Gate Bridge, uno de los puentes de la ciudad y su postal más difundida, es el lugar con mayor cantidad de suicidios e intentos de suicidio del mundo, así que esta problemática y su prevención estuvieron presentes en un simposio presidencial, en una conferencia honorífica y en un documental. También hubo un simposio acerca del papel que tuvo la APA en la ruptura de algunas barreras sociales, como fue retirar a la homosexualidad como trastorno del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en 1973.

Otras sesiones se enfocaron en la creación del DSM-V, las relaciones de la industria con los profesionales y con la educación médica continua, la ética, el trato a los veteranos de guerra y sus familias, la psiquiatría forense y la psicopatía, la psiquiatría de desastres, la violencia doméstica y contra las minorías étnicas y religiosas.

También se llevó a cabo un simposio franco-suizo-americano sobre la rehabilitación y la recuperación en EE.UU. y en Lausana, Suiza, organizado por el Dr. Robert P. Liberman, de la UCLA y autoridad mundial en este tema, en el cual dio también una breve charla el Dr. John A. Talbott, ex-presidente de la APA y también pionero de la psiquiatría comunitaria.

En este simposio se presentó el Programa ReCoS

(Terapia de Remediación Cognitiva para Pacientes con Esquizofrenia) del Centro Hospitalario de la Universidad de Vaudois, en Lausana, y luego un primer estudio con Resonancia Magnética Cerebral Funcional pre- y post-Programa ReCoS a pacientes que participaron del programa y a un grupo de control. Los resultados mostraron mejoría en la perfusión del área prefrontal (BA 10/46) en la prueba de Stroop y de perfusión en la corteza parietal (BA 7) en la prueba de la Torre de Londres, en los participantes del ReCoS. Ambas situaciones se correlacionaron con la mejoría clínica y neuropsicológica de los pacientes.

Marianne Farkas, de la Universidad de Boston, se preguntó si es posible implementar la rehabilitación y la recuperación y se explayó en cuáles son los cambios que deben hacerse a los servicios que se brindan para lograrlo, poniendo el énfasis en los cambios necesarios en la concepción de la enfermedad y de la recuperación.

En el discurso inaugural del congreso, la Dra. Nada Stotland, presidente de la APA, puso el énfasis en el reconocimiento de que las enfermedades mentales son reales y que los tratamientos de que disponemos funcionan, que no hay salud sin salud mental y que la falta de esta última ocasiona altos costos si no es tratada adecuadamente.

En esa línea, celebró la ley de paridad, que iguala a las enfermedades mentales con el resto de las patologías en cuanto a su cobertura, eliminándose en el sistema Medicare el co-pago para la psiquiatría, considerado discriminatorio.

Llamó a crear las condiciones sociales que promuevan la salud, apoyando el derecho de los homosexuales a casarse y a criar hijos y a las mujeres a decidir si quieren tener un hijo o abortar el embarazo. Se opuso a que los psiquiatras participen del interrogatorio de los detenidos o a que los menores sean colocados en el sistema penal de los adultos. Tampoco faltó la mención a los veteranos de guerra y sus familias, tan maltratados al volver a casa. Todo esto la llevó a una afirmación crítica: “está mal que el país más rico del mundo falle en proveer cuidado médico para todos”.

Con referencia a la industria farmacéutica, expresó “preocupación legítima” acerca de su influencia, a la vez que reconoció que, por una parte, se busca que desarrollen buenos productos, necesarios para muchos pacientes, y que sus accionistas por la otra, como no podría ser de otra manera en una sociedad capitalista, quieren su ganancia. Así, se crearon dos grupos de trabajo, uno para analizar las relaciones de la APA con la industria farmacéutica y otro que propuso una guía para la relación



entre los psiquiatras individuales y esa industria. En los hechos, en esta ocasión hubo muy pocos simposios de la industria, los que en los congresos anteriores se llevaban a cabo durante el desayuno o la cena.

Respecto del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, familiarmente “el DSM”, sostuvo que un cuidado efectivo depende de un diagnóstico preciso y que los enemigos de la psiquiatría se apoyan en dudas acerca del DSM para atacar a la profesión.

Pese a los avances, las personas que padecen enfermedades mentales y la psiquiatría continúan estando estigmatizadas. Los psiquiatras siguen luchando con administradores que quieren cerrar salas de internación, políticos que quieren recortar los servicios públicos y funcionarios del sistema de salud que no quieren financiar los tratamientos que los pacientes necesitan.

La carga de la enfermedad mental no es comprendida como en el resto de las enfermedades y quienes las sufren son acusados de no poner voluntad o se les dice que el tratamiento los convertirá en zombies.

Los críticos de la psiquiatría (presentes con sus habituales manifestaciones antipsiquiátricas, como en todos los congresos de la APA), se niegan a ver a las patologías mentales como graves y potencialmente fatales, afirman

que los tratamientos psiquiátricos no son “científicos” y critican la terapia electroconvulsiva. La Dra. Stotland comparó este tratamiento con el caso de la radioterapia, la quimioterapia y la cirugía, tratamientos invasivos aceptados para el cáncer, y mencionó una afirmación escalofriante de un artículo de la revista de la Asociación Médica Americana (JAMA): “sólo el 11% de más de 2.700 indicaciones aprobadas por los cardiólogos para tratar a los enfermos cardíacos está sostenido por pruebas científicas de alta calidad” (JAMA, 25 de febrero de 2009).

Opinó que quienes piensan que los trastornos psiquiátricos son inexistentes se apoyan en que ignoramos su origen, pero no dicen lo mismo, por ejemplo, de la diabetes. Y los desafió: “¿cuál es la cura para la insuficiencia cardíaca congestiva, la diabetes y la artritis?”.

En su despedida, afirmó: “reemplazaremos un sistema fragmentado y dispendioso, que pone a demasiados de nuestros pacientes en cárceles y prisiones o en las calles y los deja morir 25 años antes de lo que deberían, con un cuidado de salud coordinado, congruente, dado por un equipo de salud que nos incluya y nos pague justa y prontamente”. Cualquier semejanza con lo que está ocurriendo ahora en nuestro país no es casual ■



Desde 1989

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

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

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