

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

123



PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

Agrest / Matusevich / Moreno / Noble / Ortiz Lobo / Pedace / Pisa

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

Volumen XXVI – Nº 123 Septiembre – Octubre 2015 – ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

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

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, 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); M. Outes (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:** J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el exterior

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

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. XXVI Nro. 123 SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2015

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

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

Corrección técnica de textos:
Laura Carosella

Diseño
Marisa G. Henry
marisaghenry@gmail.com
Impreso en:
Sol Print SRL,
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

"Serie Perfiles"

Artista: Marcelo Beovide

*Acrílico, ensamble
Año 2014*

Artista de Isidoro espacio de arte
contacto@isidoroarte.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• Hiperprolactinemia asociada al uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina

Mirian Rosón-González, Kazuhiro Tajima-Pozo,
Francisco Montañés-Rada pág. 325

• La investigación en los psiquiatras en formación de la Ciudad de Buenos Aires

Viviana A. Peskin, Diana M. Berrío Cuartas,
Claudia I. Villafañe, Walter D. Pereyra,
Laura C. Martínez Didolich, Oscar M. Cesoni,
Martín A. Uriarte pág. 333

DOSSIER

PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

pág. 340

• Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina

María Noble pág. 343

• El arte de hacer el mínimo daño en Salud Mental

Alberto Ortiz Lobo pág. 350

• La cuestión: no psiquiatrizar

Hugo Pisa pág. 358

• La psicoterapia, la niña mimada del campo de la Salud: ¿Útil siempre y jamás dañina?

Martín Agrest pág. 363

• De Ulises a Paris: viaje hacia la medicalización del envejecimiento

Belén Moreno, Mariana Pedace, Daniel Matusevich pág. 374

CONFRONTACIONES

• La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental

Federico M. Daray pág. 382

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• Las tesis doctorales en la Universidad de Buenos Aires

Norberto Aldo Conti pág. 390

• Tesis doctoral. Locura y crimen

Pedro Alcácer pág. 392

LECTURAS Y SEÑALES

• La montaña mágica

Lucía Matusevich pág. 399

EDITORIAL



l mundo psi argentino está de duelo. El 4 de octubre falleció Eduardo Pavlovsky, el Tato para todos, según se lo conocía en nuestro país y allende nuestras fronteras. Quienes venimos en la psiquiatría desde los años '70 del siglo pasado tuvimos, y tenemos, por él un entrañable afecto; tanto nos dio y enseñó que no podría ser de otra manera. Su trayectoria creativa se orientó hacia el psicoanálisis, el psicodrama y el teatro, con inmensas y originales proyecciones.

Graduado muy joven, a los 22 años, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Tato estudió durante unos años psicología, pero abandonó esa carrera, y se orientó hacia la práctica psicoanalítica para recalar, definitivamente, en el psicodrama inspirado en la escuela del rumano Jakob Levy Moreno. Poco después creó el Movimiento Psicodramático de Latinoamérica convirtiéndose en uno de los pioneros de esa técnica en la región.

Su pensamiento crítico acompañó su acción hilvanándose en libros de texto, desde el primero, "Psicoterapia de grupo de niños y adolescentes" publicado en 1968, al que siguieron otros de su autoría o en colaboración con Fidel Moccio, Carlos Martínez, Luis Frydlewsky, Juan Carlos De Brasi y, especialmente, Hernán Kesselman; y en su producción teatral y cinematográfica jalonada por un sinfín de creaciones inolvidables que lo han ubicado como uno de los más sobresalientes dramaturgos, además de notable director y actor, de la escena nacional. Testimonio de su prolífica producción fueron sus principales obras teatrales: El señor Galíndez (1973), Telarañas (1976), El señor Laforgue (1983), Potestad (1985) y Rojos globos rojos (1994), además de sus roles en recordados films como Heroína (1972), Cuarteles de invierno y Los chicos de la guerra (1984), Miss Mary (1986), El exilio de Gardel (Tangos) (1985), entre otros.

Las fuerzas de la reacción se ensañaron con su obra: atentados con bombas en los lugares en los que se representaban sus piezas teatrales, allanamientos en su domicilio y consultorio lo obligaron a salir del país y tomar el camino del exilio radicándose en España, adonde continuó su trabajo, para volver al país antes del fin de la dictadura militar.

Laureado en nuestro país y en el extranjero, Pavlovsky recibió, entre otros, el Premio del Teatro IFT (1967), el Premio del Festival de Teatro de las Américas (Montreal, 1987), el Premio de la Revista Time Out (Londres, 1987), el Premio Molière (Francia, 1989), el Premio Prensario (1994), los Premios Argentores y ACE (1995), el Premio Konex de Platino (2001) y el Premio Konex Diploma al Mérito (1994, 2001 y 2004).

"El teatro debe ser en Latinoamérica una subversión a las ideas opresoras de su libertad expansiva. Siempre el teatro es subversivo, subvierte y siempre es válido su espíritu militante. Así lo pienso yo a los 80 años, todavía en los escenarios como actor y como autor", escribió hace un año en el diario Página 12, del que era colaborador.

La gallarda y elegante figura de Tato, Ciudadano Ilustre de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde marzo de este año, los tonos ora dolorosos, ora misteriosos o fulminantes de su voz, siempre cautivante, seguirán resonando en los escenarios argentinos y en el recuerdo de cuantos lo admiramos.

Los caminos de la vida hicieron que trabáramos una profunda amistad con su hijo Federico, con quien compartimos proyectos y tareas editoriales, asociativas, en el seno de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y docentes en la formación de estudiantes de medicina y con los residentes de nuestra especialidad. Vaya hacia él y su familia nuestro emocionado homenaje a la memoria de su padre ■

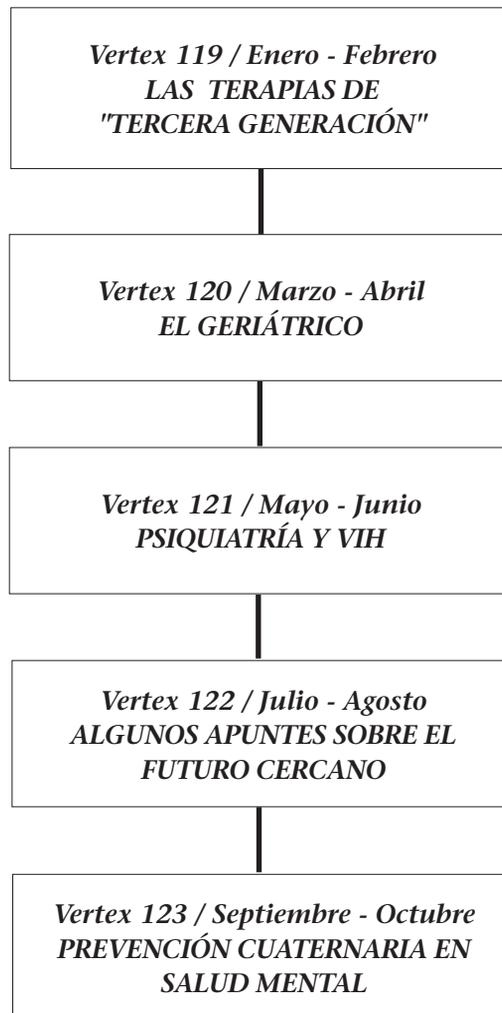
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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 2015





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Hiperprolactinemia asociada al uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina. Una revisión narrativa de la literatura

Mirian Rosón-González

*Médica Residente, Departamento de Neurología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España
E-mail: mrososn@fhalcorcon.es*

Kazuhiro Tajima-Pozo

Médico Adjunto, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Francisco Montañés-Rada

Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Resumen

Existe mucha evidencia científica entre el desarrollo de hiperprolactinemia y el uso de psicofármacos, en particular se ha estudiado ampliamente el papel de los antipsicóticos en su aparición, por ser fármacos potencialmente antidopaminérgicos. Sin embargo, es menos conocido el papel de los antidepresivos, y en particular, el de los más utilizados, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. La prevalencia de la hiperprolactinemia como efecto secundario farmacológico en los ISRS está todavía subestimada, a pesar de lo extendido de su uso durante la última década. En esta revisión pretendemos profundizar en la relación entre la hiperprolactinemia y los principales antidepresivos utilizados en la actualidad.

Palabras clave: Antidepresivos - Hiperprolactinemia - Prolactina - ISRS.

HYPERPROLACTINEMIA AND SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS. A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Abstract

A large number of scientific papers have reported the relationship between the development of hyperprolactinemia and the use of psychotropic drugs, especially the role of antipsychotics which are antidopaminergic drugs. However, less information is known about the role of antidepressants in the development of hyperprolactinemia, specially the selective reuptake inhibitors (SSRIs). The prevalence of hyperprolactinemia as a pharmacological side effect of SSRIs is still unknown, despite the widespread use over the last decade. The aim of this review is to explore the relationship between hyperprolactinemia and SSRIs.

Key words: Antidepressants - Hyperprolactinemia - Prolactine - SSRIs.

Introducción

Los fármacos, y en especial los psicofármacos, son una causa frecuente de hiperprolactinemia (1). La hiperprolactinemia constituye el síndrome de hipersecreción hormonal hipofisaria más frecuente. Entre sus manifestaciones clínicas destacan la amenorrea, la disminución de la densidad ósea y la galactorrea en las mujeres, y la disminución de la libido y de la producción de espermatozoides en el varón (1, 2).

El uso de psicofármacos, y en particular el de los antidepresivos se ha extendido enormemente durante la última década según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se calcula que en Estados Unidos, alrededor de 16 millones de personas consumen antidepresivos a largo plazo (más de 24 meses) de los cuales el 70% son mujeres, y se estima que una de cada 4 personas en el mundo padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida, según datos de la OMS. Además, se prevé que los trastornos mentales aumentarán considerablemente los próximos años, de ellos la ansiedad y la depresión parece que serán los trastornos psiquiátricos que más crezcan. El 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión en algún momento de su vida, y son éstas las principales causas de incapacidad en todo el mundo y la cuarta parte de las visitas a los centros sanitarios (3, 4, 5).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son un grupo de antidepresivos que, debido a su tolerabilidad, eficacia y seguridad, constituyen el tratamiento de elección de muchos trastornos psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión. Existe evidencia científica y clínica entre el desarrollo de hiperprolactinemia y el uso de antipsicóticos, al ser fármacos potencialmente antidopaminérgicos (6-9). Sin embargo, es menos conocido el papel de los antidepresivos, y en particular de los más utilizados que son los ISRS (10-19). En esta revisión pretendemos profundizar en la relación entre la hiperprolactinemia y los principales antidepresivos utilizados en la actualidad.

Fisiología de la hiperprolactinemia

La hiperprolactinemia es el síndrome de hipersecreción más frecuente dentro de los trastornos que cursan con aumento de la producción hormonal hipofisaria.

La prolactina es una hormona que sintetizan las células lactotropas situadas en la hipófisis anterior. La concentración sérica normal en el adulto es de 10 a 25 mcg/L en la mujer, y de 10 a 20 en el varón. La secreción es pulsátil siguiendo un ritmo circadiano, siendo máxima durante el sueño REM. La principal función de la prolactina es inducir y mantener la producción de leche durante la lactancia materna así como inhibir la función reproductora durante este período, mediante la supresión del eje hormonal hipotálamo-hipofisario-gonadal a varios niveles (20). También se ha relacionado con el comportamiento parenteral y con la estimulación de la respuesta inmune (1). En el varón produce una disminución de la testosterona y de la espermatogénesis.

En cuanto a la regulación de la secreción de la prolactina, existe un equilibrio entre los factores estimulantes y

los factores inhibidores para mantener niveles normales en sangre. La prolactina es la única hormona cuya regulación central es predominantemente inhibitoria, a través de la dopamina (20). La dopamina se produce en el hipotálamo (núcleo periventricular y arcuato), se libera de las proyecciones neuronales en la eminencia media y alcanzan la hipófisis anterior a través de los vasos porta, uniéndose a los receptores dopaminérgicos 2 (D_2) en la células lactotropas e inhibiendo la secreción de prolactina (1). Otras sustancias que inhiben la liberación de prolactina son los glucocorticoides y la hormona tiroidea. En cuanto a los mecanismos por los que se incrementa la liberación de prolactina, las sustancias principalmente implicadas son la hormona liberadora de tirotropina (TRH), el péptido intestinal vasoactivo (VIP), los estrógenos, la histamina, los opioides, la oxitocina y la serotonina (1). Las neuronas serotoninérgicas del núcleo central del rafe proyectan al hipotálamo y ejercen su acción liberadora de prolactina a través de los receptores $5HT_{1A}$ y $5HT_2$ (20).

Entre los estímulos fisiológicos para la secreción de prolactina, el más importante es el embarazo, alcanzando un pico en el parto, probablemente en relación con el incremento de niveles de estrógenos. En las mujeres lactantes, la succión mamaria incrementa la concentración sérica de prolactina de manera directamente proporcional al grado de hiperplasia lactotropa preexistente (21). Otros estímulos fisiológicos que incrementan los niveles de prolactina son el ejercicio, las comidas, las relaciones sexuales y las situaciones de estrés (1, 2).

La hiperprolactinemia patológica puede estar causada por distintas situaciones clínicas. Los prolactinomas (tumor hipofisario más frecuente) son la causa más habitual de elevación de la prolactina por encima de 100 mcg/L (generalmente macroprolactinomas) (20). Otra causa frecuente de hiperprolactinemia, generalmente de menor grado (entre 30-100 mcg/L), es el descenso de inhibición dopaminérgica de las células lactotropas. Esto puede estar causado por lesiones en la región hipotálamo-hipofisaria (tumores, enfermedades infiltrativas, sección del tallo hipofisario) o por el uso de determinados fármacos que antagonizan el receptor D_2 . Los principales fármacos implicados son los antipsicóticos como risperidona, fenotiazinas, butirofenonas como el haloperidol (2, 6, 9) y amisulprida (aunque en este último, la hiperprolactinemia es menos frecuente, puesto que en dosis bajas es agonista dopaminérgico D_2 , en comparación con la hiperprolactinemia producida por su predecesor, la sulpirida (22)); antidepresivos ISRS, metoclopramida (2, 23) y domperidona (2, 24). Otros fármacos que aumentan los niveles de prolactina por un mecanismo similar son la metildopa, que inhibe la síntesis de dopamina (2, 25) y el verapamilo (2, 26), mediante un mecanismo no bien conocido. El hipotiroidismo primario, la insuficiencia renal crónica y las situaciones de estrés como la cirugía, la anestesia general o el infarto agudo de miocardio, también se asocian a aumento de la prolactina en sangre (2).

Los síntomas de hiperprolactinemia en mujeres premenopáusicas son causados principalmente por el hipogonadismo, incluyendo infertilidad, oligomenorrea o amenorrea, disminución de la densidad mineral ósea y galactorrea (menos frecuente). En las mujeres posmenopáusicas gene-

ralmente la hiperprolactinemia es asintomática, salvo en casos de macroprolactinomas que causen síntomas por compresión de estructuras encefálicas. En los varones los síntomas más frecuentes de inicio son la disminución de la libido, impotencia y oligospermia (por descenso de testosterona, como se menciona arriba).

El diagnóstico de hiperprolactinemia se realiza mediante estudio de las concentraciones séricas de prolactina. Esta determinación debe realizarse en todos los pacientes que presente la clínica típica antes mencionada. Una vez confirmada, primero habría que descartar la toma de medicación causante de hiperprolactinemia y excluir causas de hiperprolactinemia extrahipofisarias. Si ninguno de estos dos elementos se constata, se deberá realizar una resonancia magnética cerebral para descartar lesión del sistema nervioso central (2, 27).

El manejo de la hiperprolactinemia se basa fundamentalmente en el tratamiento etiológico, dirigido siempre a descender hasta niveles normales la prolactina sérica para evitar los efectos supresores de esta sobre la función gonadal, detener la galactorrea y mejorar la densidad mineral ósea (20).

Antidepresivos

Dentro de las teorías asociadas a la génesis de los trastornos del humor encontramos la teoría de alteraciones en las aminas biogénicas, y alteraciones en factores neuroquímicos como los neurotransmisores de aminoácidos. A nivel endocrinológico se han descrito alteraciones en la regulación de los ejes neuroendocrinos como el suprarrenal y el tiroideo, y obviamente existen teorías del espectro psicodinámico para explicar estos trastornos.

Los antidepresivos constituyen un grupo heterogéneo de fármacos que se caracterizan por incrementar la transmisión de monoaminas (principalmente serotonina, noradrenalina y dopamina) basándose en esta hipótesis de que en la depresión existe una depleción de monoaminas a nivel del sistema nervioso central (28). Estos fármacos se caracterizan por no ser euforizantes (salvo trastorno bipolar) y no producir tolerancia ni dependencia. Aunque los cambios en la neurotransmisión se producen en horas, su efecto antidepresivo tarda semanas en aparecer debido a la necesidad de este tiempo para que se produzcan cambios adaptativos en los receptores cerebrales. Es posible que el tiempo de acción también se vea influenciado por otros factores además de los adaptativos (personalidad, metabolización, situación orgánica...)

Esta latencia influye también en la tolerancia con el tiempo de los efectos adversos que aparecen al inicio de tomar la medicación. Según el mecanismo de acción se pueden clasificar en inhibidores de la recaptación no selectivos (antidepresivos tricíclicos), inhibidores de la recaptación selectivos (ISRS, ISRN y duales), inhibidores de la monoamina oxidasa y antidepresivos atípicos (mirtazapina, trazodona, bupropión) (28). En esta revisión nos centraremos en el mecanismo de acción y los principales efectos de los ISRS.

Los ISRS son fármacos muy utilizados en la actualidad debido a su perfil de seguridad (no son letales en sobredosis), su tolerabilidad y su eficacia. Son el tratamiento de elec-

ción en un gran número de trastornos psiquiátricos como la depresión (más eficaces en la depresión mayor), el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad, que incluye profilaxis de trastorno de pánico, fobia social, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada; trastornos somatomorfos; trastorno de control de impulsos; trastorno de la conducta alimentaria y síndrome premenstrual. El mecanismo de acción se basa en el bloqueo a nivel presináptico del transportador de serotonina (SERT). El efecto sobre los receptores $5HT_{1A}$ se produce como una de las consecuencias del bloqueo del SERT y el aumento de la 5HT en biofase. Los efectos secundarios son menos frecuentes que con otros antidepresivos debido a que no presentan efectos anticolinérgicos, anti-alfa-adrenérgicos ni antihistamínicos (a diferencia de los antidepresivos tricíclicos). La cardiotoxicidad con estos fármacos es más baja, incrementan menos el peso, la incidencia de hipotensión ortostática es baja y no potencian los efectos del alcohol. Los ISRS tienen un perfil de efectos adversos similar (29, 30) aunque cada uno tiene tendencia a causar unos efectos específicos (29, 31). Los más frecuentes son la disfunción sexual y la somnolencia seguido del aumento de peso, el insomnio y la ansiedad, debilidad, cefalea, visión borrosa, náuseas, rash, prurito y temblor (29, 32). Aunque es menos frecuente, los ISRS también pueden causar alteraciones a nivel del sistema endocrino produciendo en ocasiones síndrome de secreción inadecuada de ADH, hiponatremia e hiperprolactinemia (29, 33). Aunque el mecanismo es similar para todos los ISRS, la respuesta individual de efectividad y reacciones adversas de cada paciente puede ser muy diferente. Los antidepresivos que se incluyen en el grupo de los ISRS son los siguientes:

- Fluoxetina: fue el primer ISRS aprobado para el tratamiento de la depresión (29) y es el de vida media más larga. Además de bloquear el receptor $5HT_{1A}$, bloquea también el $5HT_{2C}$ desinhibiendo la liberación de noradrenalina y dopamina. Este efecto es típico de antipsicóticos con propiedades antidepresivas, de ahí que se haya estudiado su combinación con la olanzapina en el tratamiento de la depresión bipolar, la depresión monopolar resistente y la depresión psicótica (28, 33).

- Sertralina: tiene como característica particular la inhibición del transportador de dopamina (DAT) aunque de manera más débil que la inhibición del SERT (28, 33). Esta propiedad probablemente inhibiría la recaptación de dopamina aumentando su concentración, y de esta manera contribuir a sus efectos antidepresivos (33).

- Paroxetina: es el antidepresivo preferido en pacientes con síntomas de ansiedad. Es el que más efecto anticolinérgico tiene y también inhibe el transporte de noradrenalina lo que podría aumentar sus propiedades antidepresivas. También inhibe la óxido nítrico sintetasa, lo que podría contribuir a la disfunción sexual en el varón (28, 33).

- Fluvoxamina: es el ISRS de vida media más corta. Tiene la propiedad de interactuar con el receptor sigma 1 lo que podría contribuir a sus propiedades ansiolíticas. Por este motivo, frecuentemente es el tratamiento de elección en las depresiones ansiógenas y en el trastorno depresivo mayor comórbido con trastornos de ansiedad. Es probable que además goce de propiedades antipsicóticas, aunque este

punto no ha podido demostrarse desde un punto de vista teórico, si existencia evidencia que avala su uso en combinación con antipsicóticos (28, 33, 34, 35).

- Citalopram: es una mezcla racémica de dos enantiómeros, el R-citalopram y el S-citalopram. Es uno de los anti-depresivos mejor tolerados por lo constituye el tratamiento de elección en ancianos en muchas ocasiones. Tiene además propiedades antihistamínicas. El inconveniente es que, generalmente necesita incremento de dosis, lo que a su vez contribuye a su efecto adverso más importante, la prolongación del intervalo QT (28, 33).

- Escitalopram: Es el enantiómero S-citalopram y se caracteriza por ser el inhibidor más selectivo de la recaptación de serotonina. Se necesitan dosis menores que de citalopram (disminuye la probabilidad de prolongación del intervalo QT) y además parece que necesitaría algo menos tiempo en comparación con el citalopram para que empiece a ejercer su acción farmacológica aunque no se ha podido demostrar claramente (28, 33, 36).

ISRS e hiperprolactinemia

La prevalencia de la hiperprolactinemia como efecto secundario farmacológico en los ISRS está todavía subestimado (1). Esto se debe por un lado a la frecuente ausencia de síntomas floridos de la hiperprolactinemia y a que, especialmente los varones en los que el principal síntoma es la disminución de la libido, no consultan en muchas ocasiones por vergüenza.

La explicación por la que los ISRS podrían causar aumento de la prolactina sérica está en su mecanismo de acción. El bloqueo del SERT, conlleva a un incremento de la serotonina en el espacio sináptico. Como ya se explicó anteriormente, la serotonina liberada por las neuronas serotoninérgicas del núcleo central del rafe en el tronco cerebral, inducen la liberación de prolactina a nivel de la hipófisis anterior. Sin embargo, también es conocido que algunos ISRS no son estrictamente inhibidores de la recaptación de serotonina e inducen también la recaptación de otras monoaminas como la dopamina. La sertralina por ejemplo es un inhibidor potente de la recaptación de dopamina, lo que conlleva al incremento de esta sustancia y al consiguiente disminución de prolactina en sangre. Según este mecanismo de acción, el uso de sertralina prevendría la hiperprolactinemia, no obstante este fármaco es el que más frecuentemente se ha asociado con hiperprolactinemia (1, 28).

En cuanto al manejo de la hiperprolactinemia en pacientes tratados con antidepresivos, al igual que en el tratamiento con cualquier otro fármaco que pueda producir hiperprolactinemia, el *screening* analítico no se realiza sistemáticamente sino que se limita a interrogar al paciente a cerca de signos y síntomas que puedan hacer sospechar incremento de prolactina en sangre al inicio del tratamiento y posteriormente cada año (1). Si los síntomas están presentes es necesario determinar la severidad de estos para establecer el tratamiento adecuado. El tratamiento es necesario en caso de presencia de síntomas importantes como amenorrea, disminución de la libido, impotencia u osteoporosis. En el caso del tratamiento con antidepresivos suele ser suficiente la sustitución por otro antidepresivo. Si además

el paciente tiene osteoporosis hay que añadir bifosfonatos (7, 37). Es necesario monitorizar los niveles de prolactina para comprobar que estos descienden tras el cambio de tratamiento. En caso de que los niveles de prolactina sean mayores de 100 mcg/L se debería realizar una resonancia magnética cerebral para excluir la existencia de prolactinoma (7, 8).

Resultados

En la Tabla 1 se exponen los estudios consultados de la posible relación entre el uso de ISRS y la hiperprolactinemia.

Con la sertralina se han realizado 5 estudios: el primero incluía 13 mujeres sanas y en él no se observaron incrementos significativos en los niveles de prolactina (12). El segundo se realiza en 2002 y se estudia a 15 mujeres con depresión mayor tratadas con una media de dosis de 42.5 mg de sertralina al día, no encontrándose elevaciones significativas de prolactina ni a las 4 ni a las 24 semanas (16). En 2003, un grupo de investigadores analizan los niveles de prolactina de 159 pacientes tratados con distintos fármacos y se encuentra que el 17% de los casos de hiperprolactinemia se asocia con ISRS, la mayoría en los tratados con sertralina (38); de las 11863 personas (71% mujeres y 29% hombres) tratadas con sertralina, no encontró elevación significativa en los niveles de prolactina (19). La más reciente de las investigaciones sobre el tema analiza la posible elevación de prolactina en 55 pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor, y tratados con ISRS (6 de ellos con sertralina) durante una media de 14.75 meses (13). Se concluyó que la prevalencia de hiperprolactinemia en esa muestra era de 10.9%, sin encontrarse diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni en la duración del tratamiento, ni en el tipo de antidepresivo ni la dosis utilizada.

En cuanto al citalopram, se han realizado cuatro estudios. El primero se realiza en 1997 e incluyó a 7 personas (4 mujeres y 3 hombres) no encontrándose diferencias significativas en los niveles de prolactina tras el tratamiento (39). El segundo, realizado también en 1997, analiza el posible incremento de prolactina en 12 voluntarios sanos tratados con citalopram y encuentra un 40% de incremento de prolactinemia con respecto a los valores basales (40). El tercer estudio llevado a cabo en 2003 no se observaron incrementos significativos en los niveles de prolactina en los pacientes tratados con citalopram (38). En 2011, Trenque y colaboradores observan una elevación significativa de la prolactina con citalopram, a diferencia de lo que se vio con la sertralina (OR=3.5) (19).

Sólo un estudio de 2013 analizó la posible elevación prolactinemia en pacientes tratados con escitalopram (13). De los 55 pacientes incluidos, 35 fueron tratados con escitalopram obteniendo los resultados antes mencionados (10.9% de hiperprolactinemia sin diferencias entre los distintos ISRS).

En cuanto a las investigaciones llevadas a cabo con fluoxetina, hemos encontrado un total de 6 con humanos y 1 con ratas. En 1991 se incluyen a 7 mujeres tratadas con 60 mg de fluoxetina durante 6 días observando una elevación significativa de la prolactina (16% del basal) en las primeras 24 horas (41). Otro estudio llevado a cabo con

5920 pacientes tratados con fluoxetina, observó que ninguno presentó elevación de la prolactina significativa pero si se apreció aparición de síntomas relacionados con ésta: el 0.07% presentó galactorrea, el 0.08% crecimiento mamario y el 0.25% dolor mamario (42). El tercero de los estudios encontrados incluyó a 11 pacientes, cinco de los cuales recibieron tratamiento con 80 mg de fluoxetina diarios (otros 5 con paroxetina y 1 con placebo), no observándose elevación significativa de prolactina en comparación con los tratados con placebo (17). En 2003, el grupo de Petit encuentra una elevación estadísticamente significativa de la prolactina en sangre en los pacientes tratados con Fluoxetina (OR=49) (38). Papakoostas y colaboradores en 2006 estudian a 80 pacientes, 44 hombres y 36 mujeres encontrando que el 4.5% de los hombres y el 22.2% de las mujeres desarrollaron hiperprolactinemia durante el tratamiento con fluoxetina (43). En el estudio de Trenque de 2011 se concluyó que, de los 187 pacientes que desarrollaron hiperprolactinemia, a la fluoxetina le correspondía una OR=3.5. Por último, en 1995, un estudio realizado con ratas albinas tratadas con fluoxetina durante 98 días observó una elevación significativa de la prolactina con respecto a controles (44).

La paroxetina es el ISRS que más se ha estudiado en este sentido. En el primer estudio llevado a cabo en 1993, se observó que de los 11 pacientes que se incluyeron, 5 se trataron con 50 mg de paroxetina diarios no encontrándose elevación significativa en los niveles de prolactina (17). El segundo incluyó a 11 personas sanas tratadas con 20 mg de paroxetina diarios observándose una elevación de la prolactinemia del 35% sobre el valor basal en la tercera semana (11). En 1999 Amsterdam y colaboradores analizaron lo que

ocurría a 8 mujeres tratadas con paroxetina durante 2 meses encontrando también niveles de prolactina significativamente más altos que los previos al tratamiento (10). Ocho varones sanos tratados con 30 mg al día de paroxetina o placebo no presentaron hiperprolactinemia significativa en los tratados con el ISRS con respecto a los tratados con placebo (45). En 2002, un grupo de investigadores incluyeron a 15 mujeres tratadas con paroxetina, sin encontrar elevación significativa de prolactinemia (14). El estudio de Petit encontró una elevación estadísticamente significativa de la prolactina en sangre en los pacientes tratados con paroxetina (OR=8.10) (38) y en el de Trenque de 2011, la OR correspondiente a la paroxetina fue de 3.1. En un estudio que correlacionaba el uso de ISRS y aparición de hiperprolactinemia, se observó que 24 de los 55 pacientes fueron tratados con paroxetina obteniendo los resultados ya mencionados previamente (13).

Por último, sólo existen 4 estudios con fluvoxamina. El primero de ellos se realiza en 1989 e incluye a 30 pacientes con depresión tratados con fluvoxamina encontrando una elevación de la prolactina sérica media en todos ellos a las 4 semanas de tratamiento (15). El segundo, realizado en 1997 participaron 8 personas sanas tratadas con 200 mg diarios de fluvoxamina durante 4 semanas, y se vio que 2 de los sujetos desarrollaron hiperprolactinemia (18). El estudio de Petit en 2003 compara los distintos ISRS encontrando una elevación estadísticamente significativa de la prolactina en sangre en los pacientes tratados con fluvoxamina (OR=5.96) (38). Algo similar se observó en las investigaciones de Trenque, estableciendo que la OR que correspondía a al fluvoxamina era de 4.5 (la más alta de los ISRS comparados) (19).

Tabla 1. Se expone en la primera columna el antidepresivo, en la segunda el autor y la fecha del estudio, en la tercera el número de participantes en el estudio y en la última las conclusiones obtenidas.

Antidepresivo	Autor	Muestra	Resultado
SERTRALINA	1. Gordon et al (1998)	13 mujeres sanas	No incrementos de prolactina
	2. Sagud et al (2002)	15 mujeres con depresión mayor	Se evalúa los niveles de prolactina a las 4 y a las 24 semanas del tratamiento no encontrando diferencias significativas con respecto a niveles basales
	3. Petit et all (2003)	159 pacientes	17% de casos asociados a ISRS (mayoría con sertralina, OR 15,74)
	4. Trenque T et all (2011)	11863 pacientes (71% mujeres, 29% hombres)	No asociación significativa con hiperprolactinemia
	5. Sollip and Young-Min (2013)	55 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor	10,9% de hiperprolactinemia sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni en el tiempo de tratamiento ni en el tipo ni la dosis de ISRS

Antidepresivo	Autor	Muestra	Resultado
CITALOPRAM	1. Shlik J, Aluoja A, Vasar V, et al (1997)	7 personas: cuatro mujeres y tres hombres	Sin efecto en los niveles de prolactina
	2. Laine et al (1997)	12 voluntarios sanos	40% incremento prolactina
	3. Petit et al (2003)	159 pacientes	No incremento significativo de prolactina
	4. Trenque T et al (2011)	11863 pacientes (71% mujeres, 29% hombres)	187 con hiperprolactinemia (ROR para citalopram 3,5)
ESCITALOPRAM	1. Sollip and Young-Min (2013)	55 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor	10,9% de hiperprolactinemia
FLUOXETINA	1. Urban and Veldhuis (1991)	7 mujeres	Elevación significativa de prolactinemia (16% de la basal) en primeras 24 horas
	2. Marken et al (1992)	5920 pacientes	0,07% presentaron galactorrea, 0,08% crecimiento mamario y 0,25% dolor mamario
	3. Salzman et al (1993)	11 pacientes (5 reciben fluoxetina 80mg, 5 reciben paroxetina 50mg y 1 placebo)	No se encontraron diferencias significativas en los niveles de prolactina entre pacientes tratados con fluoxetina o placebo
	4. Ficicioglu C et al (1995)	Ratas albinas tratadas con fluoxetina durante 98 días	Elevación significativa de prolactinemia con respecto a controles
	5. Petit et al (2003)	159 pacientes	17% de casos asociados a ISRS (OR fluoxetina: 49)
	6. Papakoastias Gi et al (2006)	80 pacientes (44 hombres y 36 mujeres)	2 hombres (4,5%) y 8 mujeres (22,2%) desarrollaron hiperprolactinemia
	7. Trenque T et al (2011)	11863 pacientes	187 desarrolla hiperprolactinemia (ROR para fluoxetina 3,5)
PAROXETINA	1. Salzman et al (1993)	11 pacientes (5 reciben fluoxetina 80mg, 5 reciben paroxetina 50mg y 1 placebo)	No se encontraron diferencias significativas en los niveles de prolactina entre pacientes tratados con paroxetina o placebo
	2. Cowen and Sargent (1997)	11 personas sanas tratadas con 20mg de paroxetina diarios	Elevación significativa de la prolactinemia (35% sobre el valor basal) en la tercera semana
	3. Amsterdam et al (1999)	8 mujeres tratadas con paroxetina durante dos meses	Hiperprolactinemia significativa
	4. Schlösser et al (2000)	8 varones sanos tratados con 30mg al día de paroxetina o placebo	No se encontró diferencia significativa en los niveles basales de prolactina
	5. Muck-Seler et al (2002)	15 mujeres tratadas con paroxetina	No se produjo elevación significativa de prolactina sérica
	6. Petit et al (2003)	159 pacientes	17% de casos asociados a ISRS (OR paroxetina: 8,10)
	7. Trenque T et al (2011)	11863 pacientes	187 desarrolla hiperprolactinemia (ROR para paroxetina ROR 3,1)
	8. Sollip and Young-Min (2013)	55 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor tratados durante 14,75 meses con ISRS (24 con paroxetina, 35 con escitalopram y 6 con sertralina)	Se encontró una prevalencia de 10,9% de hiperprolactinemia sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni en el tiempo de tratamiento ni en el tipo ni la dosis de ISRS

FLUVOXAMINA	1. Price et al. (1989)	30 pacientes con depresión tratados con fluvoxamina	Elevación de prolactina sérica media en todos ellos después de 4 semanas de tratamiento
	2. Spigset and Mjorndal (1997)	8 personas sanas con 200mg diarios de fluvoxamina durante 4 semanas	2 pacientes con desarrollaron hiperprolactinemia
	3. Petit et all (2003)	159 pacientes	17% de casos asociados a ISRS (OR fluvoxamina: 5,96)
	4. Trenque T et all (2011)	11863 pacientes	187 desarrolla hiperprolactinemia (ROR para fluvoxamina 4,5)

Discusión

La relación entre la hiperprolactinemia y psicofármacos ha sido ampliamente estudiada, en particular en los antipsicóticos, al ser antagonistas dopaminérgicos. Sin embargo menos conocida es la relación entre antidepresivos y en particular los ISRS, a pesar de lo extendido de su uso entre la población general. Además no queda claro si muchos de estos casos de hiperprolactinemia son una causa o una consecuencia de la propia enfermedad mental, o bien de los psicofármacos utilizados.

Aparentemente, la explicación de este efecto adverso entre los ISRS la encontraríamos en su mecanismo de acción, pues la inhibición de los receptores presinápticos serotoninérgicos desencadena un incremento de la producción de serotonina que es un neurotransmisor que aumenta directamente la producción de prolactina. Sin embargo, estos fármacos no son totalmente selectivos inhibiendo la recaptación de serotonina y actúan también sobre la transmisión de otras monoaminas como la dopamina (más evidente en el caso de la sertralina) lo que produce el efecto opuesto, (inhibición dopaminérgica de la producción de prolactina).

Aunque existen estudios centrados en conocer si existe realmente aumento de la prolactina sérica como resultado del consumo de ISRS, los resultados no son demasiado concluyentes. Los 2 antidepresivos más estudiados han sido la fluoxetina y la paroxetina, encontrando más resultados estadísticamente significativos en el caso de la fluoxetina. En el caso del citalopram y la sertralina, los estudios son limitados y los resultados poco consistentes para concluir que existe una relación entre su consumo y la hiperprolactinemia. En cuanto a la fluvoxamina, aunque sólo hemos encontrado 4 estudios en todos ellos se ha visto un incremento significativo de prolactina sérica.

Parece que existen indicios suficientes para pensar que

los ISRS puedan jugar un papel importante en la regulación de la prolactina sérica. Existen además factores que podrían dificultar el diagnóstico de este efecto adverso tales como la alta frecuencia de consumo de estos fármacos por mujeres posmenopáusicas en las que la elevación de la prolactina sérica apenas tiene repercusión clínica o el hecho de que la disminución de la libido, efecto secundario de la hiperprolactinemia sea también un efecto secundario de los antidepresivos ISRS.

Dado que la hiperprolactinemia es un efecto adverso que puede tener consecuencias importantes (disfunción sexual, disminución de la densidad mineral ósea, galactorrea) y que su diagnóstico se establece fácilmente con la detección analítica de la prolactina sérica, sería conveniente investigar su aparición no sólo en los pacientes tratados con antipsicóticos típicos sino también en los tratados con ISRS, descartando siempre la presencia de otras entidades como los prolactinomas.

Por último cabe tener en cuenta que los pacientes con trastornos del estado de ánimo, sufren a menudo alteraciones endocrinológicas, en lo relativo al eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, por lo que habría que discernir entre hiperprolactinemias secundarias al propio trastorno afectivo de las secundarias al uso de psicofármacos.

Agradecimientos

Agradecimiento especial al hospital Fundación de Alcorcón, por permitir el uso de su base de datos para realizar la búsqueda bibliográfica.

Declaración de conflictos de intereses

No existen conflictos de interés por ninguno de los autores. El artículo al ser una revisión científica no ha recibido ningún tipo de ayuda en forma de beca ■

Referencias bibliográficas

1. Madhusoodanan S, Parida S, Jimenez C. Hyperprolactinemia associated with psychotropics-a review. *Hum Psychopharmacol* 2010; 25 (4): 281-97.
2. Snyder P, Martin Kathryn A. Causes of hyperprolactinemia. *UpToDate* 2014.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; (420): 21-7.
4. Valladares A, Dilla T, Sacristan JA. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease.

- Actas Esp Psiquiatr 2009; 37 (1): 49-53.
5. WHO. Depression [Internet]. 2012 [cited 2012]; Available from: <http://www.who.int/>.
 6. David SR, Taylor CC, Kinon BJ, Breier A. The effects of olanzapine, risperidone, and haloperidol on plasma prolactin levels in patients with schizophrenia. *Clin Ther* 2000; 22 (9): 1085-96.
 7. Haddad PM, Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. *Drugs* 2004; 64 (20): 2291-314.
 8. Miller KK. Management of hyperprolactinemia in patients receiving antipsychotics. *CNS Spectr* 2004; 9 (8 Suppl 7): 28-32.
 9. Rivera JL, Lal S, Ettigi P, Hontela S, Muller HF, Friesen HG. Effect of acute and chronic neuroleptic therapy on serum prolactin levels in men and women of different age groups. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1976; 5 (3): 273-82.
 10. Amsterdam JD, Garcia-España F, Goodman D, Hooper M, Hornig-Rohan M. Breast enlargement during chronic antidepressant therapy. *J Affect Disord* 1997; 46 (2): 151-6.
 11. Cowen PJ, Sargent PA. Changes in plasma prolactin during SSRI treatment: evidence for a delayed increase in 5-HT neurotransmission. *J Psychopharmacol* 1997; 11 (4): 345-8.
 12. Gordon C, Whale R, Cowen PJ. Sertraline treatment does not increase plasma prolactin levels in healthy subjects. *Psychopharmacology (Berl)* 1998; 137 (2): 201-2.
 13. Kim S, Park YM. Serum prolactin and macroprolactin levels among outpatients with major depressive disorder following the administration of selective serotonin-reuptake inhibitors: a cross-sectional pilot study. *PLoS One* 2013; 8 (12): e82749.
 14. Muck-Seler D, Pivac N, Sagud M, Jakovljevi M, Mihaljevi-Peles A. The effects of paroxetine and tianeptine on peripheral biochemical markers in major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26 (7-8): 1235-43.
 15. Price LH, Charney DS, Delgado PL, Anderson GM, Heninger GR. Effects of desipramine and fluvoxamine treatment on the prolactin response to tryptophan. Serotonergic function and the mechanism of antidepressant action. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46 (7): 625-31.
 16. Sagud M, Pivac N, Muck-Seler D, Jakovljevi M, Mihaljevi-Peles A, Korsi M. Effects of sertraline treatment on plasma cortisol, prolactin and thyroid hormones in female depressed patients. *Neuropsychobiology* 2002; 45 (3): 139-43.
 17. Salzman C, Jimerson D, Vasile R, Watsky E, Gerber J. Response to SSRI antidepressants correlates with reduction in plasma HVA: pilot study. *Biol Psychiatry* 1993; 34 (8): 569-71.
 18. Spigset O, Mjorndal T. The effect of fluvoxamine on serum prolactin and serum sodium concentrations: relation to platelet 5-HT_{2A} receptor status. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17 (4): 292-7.
 19. Trenque T, Herlem E, Auriche P, Dramé M. Serotonin reuptake inhibitors and hyperprolactinaemia: a case/non-case study in the French pharmacovigilance database. *Drug Saf* 2011; 34 (12): 1161-6.
 20. Melled S, Jameson JL. Trastornos de la adenohipófisis y del hipotálamo. En: Localzo J, editor. Harrison: medicina interna. 17ª edición. Madrid: Mc Graw Hill; 2008. p. 2204-05.
 21. Tyson JE, Hwang P, Guyda H, Friesen HG. Studies of prolactin secretion in human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 113 (1): 14-20.
 22. Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Silveira da Mota Neto JL, et al. Amisulpride versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD006624.
 23. McCallum RW, Sowers JR, Hershman JM, Sturdevant RA. Metoclopramide stimulates prolactin secretion in man. *J Clin Endocrinol Metab* 1976; 42 (6): 1148-52.
 24. Sowers JR, Sharp B, McCallum RW. Effect of domperidone, an extracerebral inhibitor of dopamine receptors, on thyrotropin, prolactin, renin, aldosterone, and 18-hydroxycorticosterone secretion in man. *J Clin Endocrinol Metab* 1982; 54 (4): 869-71.
 25. Steiner J, Cassar J, Mashiter K, Dawes I, Fraser TR, Breckenridge A. Effects of methyl dopa on prolactin and growth hormone. *Br Med J* 1976; 1 (6019): 1186-8.
 26. Fearrington EL, Rand CH Jr, Rose JD. Hyperprolactinemia-galactorrhea induced by verapamil. *Am J Cardiol* 1983; 51 (8): 1466-7.
 27. Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA, Abs R, Bonert V, Bronstein MD, et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2006; 65 (2): 265-73.
 28. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications paperback. Cambridge: Cambridge university press; 2013.
 29. Hirsch M, Roy-Byrne P, Solomon D. Selective serotonin reuptake inhibitors: Pharmacology, administration, and side effects. *UpToDate* 2014.
 30. Zahajszky J, Rosenbaum JF, Tollefson GD. Fluoxetine, psychiatric publishing textbook of psychopharmacology. 4th edition. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009.
 31. Nierenberg AA, Ostacher MJ, Huffman JC, Ametrano RM, Fava M, Perlis RH. A brief review of antidepressant efficacy, effectiveness, indications, and usage for major depressive disorder. *J Occup Environ Med* 2008. 50 (4): 428-36.
 32. Hu XH, Bull SA, Hunkeler EM, Ming E, Lee JY, Fireman B, et al. Incidence and duration of side effects and those rated as bothersome with selective serotonin reuptake inhibitor treatment for depression: patient report versus physician estimate. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (7): 959-65.
 33. Labbate L, Fava M, Rosenbaum JF, et al. Drugs for the treatment of depression. Handbook of psychiatric drug therapy. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
 34. Kishi T, Hirota T, Iwata N. Add-on fluvoxamine treatment for schizophrenia: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263 (8): 633-41.
 35. Wigard ME, van Gool AR, Schulte PF. Addition of fluvoxamine to clozapine: theory and practice. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55 (2): 113-21.
 36. Li H, Li T, Li G, Luo J. Citalopram and escitalopram in the treatment of major depressive disorder: A pooled analysis of 3 clinical trials. *Ann Clin Psychiatry* 2014; 26 (4): 281-7.
 37. Molitch ME. Medication-induced hyperprolactinemia. *Mayo Clin Proc* 2005; 80 (8): 1050-7.
 38. Petit A, Piednoir D, Germain ML, Trenque T. Drug-induced hyperprolactinemia: a case-non-case study from the national pharmacovigilance database. *Therapie* 2003; 58 (2): 159-63.
 39. Shlik J, Aluoja A, Vasar V, Vasar E, Podar T, Bradwejn J. Effects of citalopram treatment on behavioural, cardiovascular and neuroendocrine response to cholecystokinin tetrapeptide challenge in patients with panic disorder. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22 (5): 332-40.
 40. Laine K, Anttila M, Heinonen E, Helminen A, Huupponen R, Mäki-Ikola O, et al. Lack of adverse interactions between concomitantly administered selegiline and citalopram. *Clin Neuropharmacol* 1997; 20 (5): 419-33.
 41. Urban RJ, Veldhuis JD. A selective serotonin reuptake inhibitor, fluoxetine hydrochloride, modulates the pulsatile release of prolactin in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164 (1 Pt 1): 147-52.
 42. Marken PA, Haykal RF, Fisher JN. Management of psychotropic-induced hyperprolactinemia. *Clin Pharm* 1992; 11 (10): 851-6.
 43. Papakostas GI, Miller KK, Petersen T, Sklarsky KG, Hilliker SE, Klibanski A, et al. Serum prolactin levels among outpatients with major depressive disorder during the acute phase of treatment with fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (6): 952-7.
 44. Ficioglu C, Tekin HI, Arilo'u PF, Okar I. A murine model of adenomyosis: the effects of hyperprolactinemia induced by fluoxetine hydrochloride, a selective serotonin reuptake inhibitor, on adenomyosis induction in Wistar albino rats. *Acta Eur Fertil* 1995; 26 (2): 75-9.
 45. Schlosser R, Wetzel H, Dörr H, Rossbach W, Hiemke C, Benkert O. Effects of subchronic paroxetine administration on night-time endocrinological profiles in healthy male volunteers. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25 (4): 377-88.

La investigación en los psiquiatras en formación de la Ciudad de Buenos Aires

Viviana A. Peskin

*Médica especialista en Psiquiatría, UBA
Miembro del Capítulo Psiquiatras en Formación y del Capítulo de Investigación en Psiquiatría, APSA
E-mail: vpeskin@gmail.com*

Diana M. Berrío Cuartas

*Médica
Miembro del Capítulo Psiquiatras en Formación, APSA
Alumna de la Carrera de especialista en Psiquiatría, APSA*

Claudia I. Villafañe

*Médica especialista en Medicina Familiar
Magíster en Salud Mental
Alumna de la Carrera de especialista en Psiquiatría, APSA*

Walter D. Pereyra

*Médico Psiquiatra
Miembro del Capítulo Psiquiatras en Formación, APSA*

Laura C. Martínez Didolich

*Médica
Residente de Psiquiatría del Servicio de Salud Mental, Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú"
Miembro del Capítulo Psiquiatras en Formación, APSA*

Oscar M. Cesoni

*Médico
Concurrente de Psiquiatría, Hospital "José T. Borda"
Miembro del Capítulo Psiquiatras en Formación, APSA*

Martín A. Uriarte

*Médico
Alumno de la Carrera de especialista en Psiquiatría, APSA*

Introducción

La adquisición de herramientas que permitan determinar la calidad científica de las publicaciones es fundamental en la formación de las distintas especialidades médicas (1, 2).

Haciendo una revisión de la literatura, en España se realizó una encuesta en 2008 a los médicos residentes y el 87.5% había recibido formación en metodología de la investigación. En la Universidad de Toronto, entre el 2008 y 2009, el 84% de los residentes de psiquiatría percibe la importancia de cursos preparatorios en medicina/psiquiatría basada en la evidencia (3). En un artículo peruano del 2013, se observó que sólo el 11% había realizado un trabajo de investigación y el 20.4% refirió sentirse satisfecho con su formación en investigación (4).

En Argentina en el año 2000 se realizó una encuesta a los residentes en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Allí se les consultaba sobre áreas en las que se insertarían al terminar la residencia. Un 12% del total respondió que haría investigación simultáneamente a la tarea asistencial. Ninguno de los encuestados refirió que se dedicaría exclusivamente a la investigación (5).

No encontramos nuevos estudios en el país que evalúen el lugar que ocupa la investigación en la formación de los psiquiatras. Por lo cual, en este estudio realizamos un sondeo acerca del interés en investigación de los psiquiatras en formación de CABA.

Método

Es un estudio transversal descriptivo. La selección de la muestra se realizó de modo no aleatorizado. La población estuvo compuesta por psiquiatras en formación que

engloban a aquellos que se encontraban cursando alguna de las instancias formativas aprobadas por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se excluyó a aquellos médicos que habían finalizado ya su formación. La encuesta diseñada por los autores del estudio fue auto-administrada, anónima y voluntaria. Estaba compuesta por 10 preguntas. La misma fue entregada por algunos de los autores en formato papel a los residentes, concurrentes y alumnos de la especialidad durante sus actividades de formación aclarando previamente los objetivos del estudio y esperando a que completaran la encuesta para recogerla en el mismo momento. Se aplicó en el período comprendido entre octubre-noviembre de 2013. Los datos obtenidos se cargaron en una planilla de cálculo Excel para analizar los resultados. A continuación los resultados obtenidos, utilizando estadística de tipo descriptiva.

Resultados

Completaron la encuesta 158 participantes, el 86.7% (N=137) se encontraba en una sola instancia formativa (el 43.7% en residencia (N=69), el 38% (N=60) carrera de especialista y el 5% (N=8) concurrencia). Del total de los encuestados, el 13.3% (N=21) realizaban más de una instancia formativa (10.1% (N=16) residencia y carrera de especialista, el 3.2% (N=5) concurrencia y carrera de especialista).

Participación en proyectos de investigación y en actividades científicas

Al preguntar por la participación en proyectos de investigación durante la formación como médico,

Resumen

La investigación es un pilar fundamental en la formación de los médicos en cualquier especialidad, considerando que la misma contribuye sustancialmente a una práctica clínica adecuada. El objetivo de este estudio es conocer el interés en investigación de los psiquiatras en formación en la Ciudad de Buenos Aires. En el período octubre-noviembre del 2013 se realizó un estudio transversal y descriptivo a partir de una encuesta en formato impreso, anónima y voluntaria dirigida a los médicos psiquiatras en formación de diferentes centros. Los resultados arrojaron que el 76.6% consideró deficiente la formación en investigación; el 27.8% participó en un proyecto de investigación durante su formación como psiquiatra y sólo el 21.5% presentó el trabajo en alguna actividad científica. Asimismo, se evidenció que al 95.6% de los encuestados le pareció importante incluirla en su formación. Se concluye que de los psiquiatras en formación encuestados una minoría realizó investigación y se observó escasa experiencia en el área, en contraposición al interés de formarse en la misma.

Palabras clave: Investigación - Psiquiatría - Formación - Residencia - Postgrado.

RESEARCH AMONG PSYCHIATRISTS IN TRAINING IN CIUDAD DE BUENOS AIRES

Abstract

Research is a cornerstone in the training of medical doctors in any specialty, whereas it substantially contributes to good clinical practice. The aim of this study is to determine the importance of research among psychiatrists in training in Ciudad de Buenos Aires. A cross sectional descriptive study using a paper survey, which was voluntary and anonymous, was sent to psychiatrists in training in different training centers between October-November 2013. 76.6% considered research training deficient; 27.8% participated in a research project during their psychiatric training and only 21.5% presented their results at a scientific activity. 95.6% participants considered important to include research in their training. In summary, a small proportion of psychiatrists in training who participated in this study conducted research and we observed limited experience in the area, as opposed to the interest in being trained in this field.

Key words: Research - Psychiatry - Training - Residency - Postgraduate.

el 43.7% (N=69) del total refirió haberlo hecho y el 55.7% (N=88) no (una encuesta no respondió esta pregunta). Dentro del grupo de los alumnos que solamente realizaban la carrera de especialista (N=60), el 60% (N=36) participó en un proyecto de investigación en el pregrado. El 27.8 % (N=44) de los encuestados refirió haber participado en un proyecto de investiga-

ción durante su formación como psiquiatra (Ver tabla 1).

Se destaca que aquellos alumnos que indicaron estar realizando residencia junto con la carrera de especialista (N=16) fueron los que más participaron en investigación al mismo tiempo que presentaron en algún congreso sus resultados (43.7%) (Ver tabla 2).

Tabla 1. Respuestas a la encuesta a psiquiatras en formación, resultados globales (10).

Preguntas	Sí
¿Alguna vez participaste de un proyecto de investigación cuando eras estudiante de medicina?	43.7% (N=69)
¿Alguna vez participaste de un proyecto de investigación durante tu formación como psiquiatra?	27.8% (N=44)
¿Alguna vez presentaste un trabajo de investigación en un congreso?	21.5% (N=34)
¿En tu formación como psiquiatra existe como requisito realizar un trabajo de campo de investigación?*	55% (N=87)
¿Te parece importante incluir en la formación como psiquiatra temas relacionados con la investigación?	95.6% (N=151)

* N=1 no contestó esta pregunta

Todos los porcentajes expresados en función del total de encuestas completas (n=158)

Tabla 2. Resultados por tipo de formación.

Preguntas	Residencia (N=69)	Carrera de Especialista (N=60)	Concurrencia (N=8)	Residencia y Carrera de Especialista (N=16)	Concurrencia y Carrera de Especialista (N=5)
¿Alguna vez participaste de un proyecto de investigación durante la carrera de medicina?	33.3% (N=23)	60% (N=36)	25% (N=2)	43.7% (N=7)	20% (N=1)
¿Alguna vez participaste de un proyecto de investigación durante tu formación como psiquiatra?	34.8% (N=24)	13.3% (N=8)	50% (N=4)	43.7% (N=7)	20% (N=1)
¿Alguna vez presentaste un trabajo de investigación en un congreso?	18.8% (N=13)	16.7% (N=10)	37.5% (N=3)	43.7% (N=7)	20% (N=1)
¿En tu formación cómo psiquiatra existe como requisito realizar un trabajo de campo de investigación?	40.6% (N=28)	80% (N=48)	37.5% (N=3)	43.7% (N=7)	20% (N=1)
¿Te parece importante incluir en la formación como psiquiatra temas relacionados con la investigación?	94.2% (N=65)	95% (N=57)	100% (N=8)	100%(N=16)	100% (N=5)

Modos de actualización

En relación a cómo se actualizaban sobre novedades de la especialidad (podían indicar más de una opción), el 71.5% (N=113) leía artículos de revistas, el 75.3% (N=119) asistía a cursos de actualización, y el 13.9% (N=22) leía monografías de laboratorios.

Al ser interrogados sobre la cantidad de artículos científicos que leían por mes, el 65.2% (N=103) mencionó 2 o menos artículos por mes. El 34.8% (N=55) leía más de 2 artículos al mes.

La investigación como requisito en la formación del psiquiatra

El 55% (N=87) del total respondió tener como requisito la presentación de un trabajo de investigación en su formación como psiquiatra. El 40.6% (N=28) de los residentes (sólo residencia como instancia formativa) y el 80% (N=48) de los que se encontraban cursando solamente carrera de especialista refirieron tener este requisito (Ver tabla 2).

Al 95.6% (N=151) del total de los encuestados le pareció importante incluir en su formación como psiquiatra temas relacionados con la investigación.

Al proponer un espacio posible de formación en investigación, el 45.6% (N=72) optó por actividad presencial, para el 15.8% (N=25) de los encuestados la modalidad de este espacio sería indistinta y el 17.7% (N=28) optó por un espacio virtual. Al 8.2% (N=13) no le interesaba sumarse y el 13.3% (N=21) contestó no tener tiempo.

El 76.6% (N=121) del total de los encuestados consideró deficiente la formación en investigación, mientras que para el 22.8% (N=36) era adecuada y para el 0.6% (N=1) excesiva.

Discusión

Indistintamente de la modalidad formativa a la que se adscribe (residencia, concurrencia, carrera de especialista) todas ellas apuntan a que el médico adquiera los conocimientos y habilidades de la especialidad, las cuales determinarán la calidad de su desempeño profesional (6).

El pensamiento científico permite discernir los avances médicos importantes entre la cantidad de información científica ofertada cotidianamente. Sin embargo, la actividad investigadora impresiona estar en un segundo plano en la formación de los médicos, y pocos son los datos referenciados en la literatura sobre este tema (6).

Una limitación de este estudio para extrapolar sus resultados a los psiquiatras en formación en la CABA, es que sólo 13 de los 158 psiquiatras en formación encuestados estaban cursando la concurrencia. Esto se debió, en parte, a la metodología de selección de la muestra. Se deberían hacer descripciones en este grupo con una muestra más numerosa para comparar con los otros grupos estudiados. En este sentido es importante señalar como otra limitación la imposibilidad de conocer el universo de la población estudiada, dado que no contamos

con estadísticas que nos permitan conocer el total de los psiquiatras en formación en la CABA.

Al preguntar por la participación en proyectos de investigación durante la formación como médico, el 43.7% del total de los encuestados refirió haber participado. En relación a ello, en la formación de pregrado en algunas universidades del país, no existe una materia obligatoria sobre metodología de la investigación. Como ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el curso de Metodología de la Investigación es optativo (8).

Si bien en las distintas materias de la carrera de medicina puede existir como requisito la presentación de un trabajo de investigación (tesina, monografía, etc.), aquellos alumnos que deseen realizar actividades en el área de investigación deben incluirse en otros grupos de trabajo anexos a la universidad. Además, el desempeño en investigación requiere que el alumno participe en alguna actividad docente, lo que genera dificultad ante la superposición horaria de las tareas de investigación y las materias obligatorias a cursar.

De acuerdo a los resultados generales obtenidos en éste estudio la participación en proyectos de investigación durante la formación como psiquiatras es baja (27.8%). Cifras similares se obtuvieron entre los residentes de psiquiatría en Perú, entre los cuales, sólo un 11% de ellos había realizado trabajos de investigación como requisito para graduarse de especialista. Un 18% de residentes había realizado "otro tipo de publicaciones" al momento de la encuesta, por ejemplo: reporte de casos, serie de casos y revisiones bibliográficas (4).

En un artículo colombiano de 2008 se describió que el 30% de las investigaciones en ese país eran de índole descriptiva; mientras que el 20% correspondía a revisiones de temas. En Latinoamérica predominan los estudios descriptivos por ser más económicos para los investigadores (9).

Por otro lado, entre los residentes españoles se observó que el 80.1% había participado en algún tipo de proyecto de investigación durante la residencia y el 87.5% había recibido formación en metodología de la investigación. No obstante, el análisis detallado revela que los que no habían recibido formación alcanzaban una producción científica media similar a los que sí la habían recibido (5.2 en el primer caso 7.6 productos/año en el segundo) (7).

Volviendo al presente estudio, es de destacar que el 78.5% refirió no haber presentado un trabajo de investigación en ningún congreso. De estos datos se puede deducir que intervendrían otras variables en la producción científica.

En cuanto a la manera en que se mantenían actualizados los encuestados sobre las novedades de la especialidad, con opciones en la encuesta no excluyentes, la mayoría respondió que leía artículos de revistas (71.5%) y que asistía a cursos de actualización (75.3%). Esto se refiere específicamente a los "recursos materiales para la formación".

En relación a la fuente específica de actualización en la encuesta española, el 82.9% tenía facilidad de acce-

so a una biblioteca, el 78.2% a internet desde su centro de trabajo y el 61.6% a revistas electrónicas de texto completo (7). Las facilidades de acceso a la información científica en Argentina son muy disímiles en los diferentes centros formativos y sabemos que de este acceso depende la actualización de las publicaciones. Por estos motivos, debiera investigarse en futuros estudios acerca de la calidad de los artículos que leen los psiquiatras en formación y la lectura crítica que realizan. Según el presente estudio, hay poca lectura de artículos académicos relacionados con el ejercicio de la profesión médica. Sólo el 34.8% de la población encuestada llega a leer más de 2 artículos al mes.

Por otra parte, en las 3 instancias formativas la investigación es un requisito. En este estudio el 44.3% lo desconoce. Excede a los objetivos de esta investigación conocer si se aplica esta exigencia en las instancias formativas. De acuerdo al programa de residencias y concurrencias de los hospitales de la CABA, el área de investigación debe ocupar un 5% de áreas de rotación. En el mismo, el objetivo principal de la investigación debe vincularse con áreas relacionadas al programa de residencia/concurrencia y debe estar presente durante todo el periodo de formación con trabajos de complejidad creciente.

Esto puede generar dos interrogantes: ¿de qué manera se aplica el área de investigación en los psiquiatras de formación?, y si bien en la residencia y concurrencia anualmente se organizan y presentan trabajos en distintas jornadas ¿éstos trabajos de investigación, siguen alguna metodología?

La exigencia formal de un trabajo de investigación en los psiquiatras en formación es importante para generar interés hacia esta área, la oportunidad de trascender la literatura disponible y hacer más productivo el trabajo clínico (6). En la encuesta realizada en Perú, el 55.6% contestó que la universidad promueve el desarrollo de trabajos de investigación en residentes de psiquiatría y el 51.9% contestó que la universidad le brinda asesoría para investigar (4).

Acerca de la opinión de la formación en investigación clínica que tienen los psiquiatras en formación en la CABA, el 76.6% del total de los encuestados consideró deficiente la formación, el 22.8% la consideró adecuada y para el 0.6% era excesiva. En relación a la encuesta a

médicos residentes peruanos se evaluó el grado de satisfacción en relación a su formación en investigación. En la misma se observó que sólo un 20.4% de los encuestados se sentía satisfecho o muy satisfecho sobre ésta (4). El 33.7% de los residentes en psiquiatría de España se encontraban satisfechos con su formación en investigación (7) y en una encuesta en ese mismo país, dirigida a todos los residentes médicos en 2002, el 48% se sentía muy insatisfecho, valor que iba disminuyendo en la medida en que el residente aumentaba en años de formación (4).

Conclusión

Sería importante en Argentina hacer una distinción por años de formación de los aspectos analizados en el presente estudio y extender la muestra a psiquiatras ya formados y su percepción de la investigación en el medio.

Los autores de este trabajo consideran que formarse en Psiquiatría implica encontrarse con dificultades tanto teóricas como prácticas dada la heterogeneidad de definiciones diagnósticas, terapéuticas y la presentación de la casuística. Los médicos que se encuentran en formación deberían tener facilidades y recursos para investigar en función de contar con evidencia que oriente a la toma de decisiones y mejorar la práctica. Se puede considerar que si esto no se promueve desde la formación, los futuros especialistas difícilmente podrán realizar nuevos aportes en esta área. Por este motivo es indispensable continuar investigando distintas temáticas sobre esta especialidad.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no tener conflicto de interés.

Agradecimientos

Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Capítulo de Psiquiatras en formación APSA, Capítulo de Investigación en Psiquiatría, Dr. Horacio Rodríguez O'Connor, Dr. Martín Mazzoglio y Nabar, Dr. Daniel Serrani ■

ANEXO**Formación en investigación en los Psiquiatras en la Ciudad de Buenos Aires – 2013**

El equipo "Lectura de papers" del Capítulo de Psiquiatras en Formación (PEF) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), te invita a participar en este estudio de manera voluntaria y anónima. Nos proponemos conocer el estado de la formación en investigación de los psiquiatras en la Ciudad de Buenos Aires y sus intereses relacionados con este tema. Ayúdanos a crear propuestas y a fortalecer espacios. Te va a tomar sólo 10 minutos. ¡Muchas gracias!

Marcar con una cruz la opción que corresponda.

1. ¿En qué momento de tu formación te encontrás? (podés marcar más de una opción)

- Realizando Residencia
- Realizando Concurrencia
- Realizando Carrera de Especialista en Psiquiatría
- Otra ¿Cuál?

2. ¿Alguna vez participaste de un proyecto de investigación cuando eras estudiante de medicina?

- Sí
- No

3. ¿Alguna vez participaste de un proyecto de investigación durante tu formación como psiquiatra?

- Sí
- No

4. ¿Alguna vez presentaste un trabajo de investigación en un congreso?

- Sí
- No

5. ¿Cómo te mantenés actualizado de las novedades en la especialidad? (podés marcar más de una opción)

- Leo artículos de revistas
- Leo las monografías que me dan los laboratorios
- Asisto a cursos de actualización
- Otros ¿Cuáles?

6. ¿Cuántos artículos académicos relacionados con el ejercicio de la profesión médica lees por mes?

- Menos de 1 (leo algunos meses y otros no)
- 1
- 2
- Más de 2

7. ¿En tu formación cómo psiquiatra existe como requisito realizar un trabajo de campo de investigación?

- Sí
- No

8. ¿Te parece importante incluir en la formación como psiquiatra temas relacionados con la investigación?

- Sí
- No

9. ¿Qué tipo de espacio te resulta mejor para incorporarte a una actividad formativa en investigación?

- Que sea virtual y sumarme vía internet
- Que sea presencial y asistir a un espacio físico
- Indistinto
- No me interesaría sumarme
- Me interesaría sumarme pero no tengo tiempo
- Otros

10. ¿Qué opinás de la formación en investigación clínica que tienen los psiquiatras en Argentina?

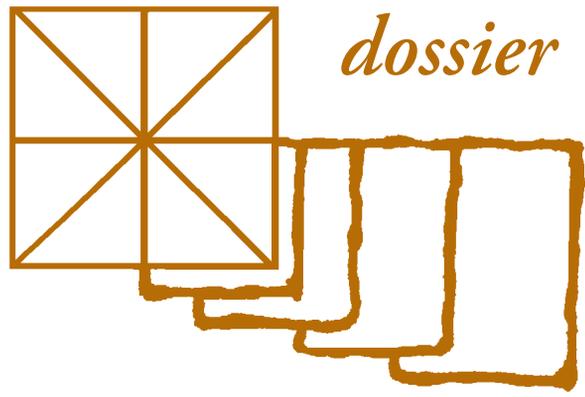
- Me parece adecuada
- Me parece deficiente
- Me parece excesiva

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Sugerencias y/o comentarios: _____

Referencias bibliográficas

1. Peralta-Heredia IC, Espinosa-Alarcón PA. ¿El dominio de la lectura crítica va de la mano con la proximidad a la investigación en salud? *Rev Invest Ci* 2005; 57 (6): 775-783.
2. Kopitowski K. Luces y sombras de la medicina basada en la evidencia. *Vertex* 2010; 21 (94): 431-5.
3. Sockalingam S, Hawa R, Al-Batran M, Abbey SE, Zaretsky A. Preparing international medical graduates for psychiatry residency: a multi-site needs assessment. *Acad Psychiatry* 2012; 36 (4): 277-81.
4. Ocampo-Zegarra JC, Cortez-Vergara C, Alva-Huerta M, Rojas-Rojas G. Encuesta a médicos residentes de psiquiatría sobre la calidad de su formación como especialistas. *Rev Neuropsiquiatr* 2013; 76 (2).
5. Agrest M, Feijoo F, Barrientos J, Mussa A, Pavlovsky F, Bula A, Bustin A. Residentes de salud mental su opinión sobre la formación en el año 2000, a 6 años de una encuesta anterior. *Vertex* 2002, 13: 165-76.
6. Ríos Zambudio A, Sánchez Gascón F, González Moro L, Guerrero Fernández M. Formación investigadora durante la residencia MIR. Encuesta de satisfacción. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96 (10): 695-704.
7. Gómez-Beneyto M, Montilla-García J, De Castro-Manglano P, Gay-Pamos E, González-Torres MA, Gutierrez-Fraile M, et al. La opinión de los residentes de psiquiatría sobre la formación que reciben. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (3): 174-9.
8. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Plan de Estudios [Internet]. Página Web facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/m_plan2011.htm.
9. Arango-Dávila CA, Rojas Fernández JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr* 2008; 37 (4).
10. Peskin VA, Berrío Cuartas DM, Villafañe CL, Pereyra WD, Uriarte MA, Martínez Didolich LC. Formación en investigación en los psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires 2013. En: XXIX Congreso Argentino de psiquiatría. Mar del Plata, Buenos Aires; 2014.
11. Latour B, Woolgar S. La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos. España: Alianza Universidad; 1995. p. 24
12. Pérez Prieto JF, Cuquerella Benavent MA, Conesa Burguet L, Lacruz Silvestre M, Hernández Viadel M, Guillén Miralles JL, et al. Evaluación de la formación de psiquiatría en España: resultados de una encuesta. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998; 26 (4): 233-40.
13. De Groot J, Tiberius R, Sinai J, Brunet A, Voore P, Sackin D, et al. Psychiatric residency. An analysis of training activities with recommendations. *Academic Psychiatry* 2000; 24: 3.
14. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Programa docente de la residencia en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires (psiquiatría - psicología) [Internet]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/smres.pdf>.
15. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Programa docente de la concurrencia en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires (psiquiatría - psicología) [Internet]. Disponible en: <http://www.buenosaires.edu.ar/areas/salud/dircap/res/prog/smconcu.pdf>.
16. Pavlovsky F, Falicoff J, Spano C, Brain A, Diez C, Mazzoglio y Nabar M, et al. El psiquiatra en formación. Reflexiones acerca del comienzo, el tránsito por la formación básica, los puntos sólidos y débiles del sistema formativo. *Vertex* 2013; 24: 194-205



PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

Coordinación

Hugo Pisa

Martín Agrest

La prevención cuaternaria en Salud Mental, práctica habitual de numerosos profesionales -aunque sin nombrarla de ese modo-, es un tema que no tiene más de dos décadas. Hasta entonces sabíamos que la prevención primaria era la que se destina a evitar enfermedades; la secundaria, a detectar lo más tempranamente posible un problema de salud con el objetivo de curar o reducir las consecuencias; y la terciaria, a reducir los efectos de la enfermedad ya diagnosticada. Por último, la cuaternaria es aquella que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. Si bien cuando hablamos de este tipo de prevención todos los agentes de salud se encuentran involucrados, es en esta última en la que tomamos una mayor preponderancia porque es, en otras palabras, la que se ocupa de “proteger” a las personas de ser considerados pacientes sin serlo y a los pacientes de nuestras acciones sin necesidad.

Hablar de prevención cuaternaria en Salud Mental es hablar de nuestras intervenciones (desde las psicoterapéuticas a las psicofarmacológicas), es ponerlas en duda, en tensión, cuestionarlas y, por qué no, denunciarlas. No sorprende, por tanto, que las investigaciones y desarrollos en esta materia sean recientes.

¿Quién es más de culpar, el que pide una consulta sin necesidad o el que indica un tratamiento cuando no debería haberlo indicado? Sin duda existen determinantes culturales, sociales, psicológicos, políticos y económicos que podríamos señalar en un intento de darle respuesta. En este sentido, una situación cada vez más habitual es la del paciente que concurre con una idea preconfigurada del tratamiento que quiere bajo la influencia de los medios

de comunicación, de profesionales o de, modo general, de la cultura. No lo solicita, lo demanda. Y si quien lo recibe no se hace eco de la misma “pierde al paciente”. Los ejemplos son muchos y variados. Por eso, en definitiva, es el profesional el que tiene la última palabra en lo que respecta al principio de primum non nocere.

La prevención cuaternaria nos interpela. Nos obliga a una reflexión crítica de nuestra práctica. Quizás sea una oportunidad para dejar de ser meros repetidores de conceptos que nunca fueron puestos en duda y que difundimos como obviedades. Esta situación, debemos señalarlo, nos empobrece como profesionales. Afirmar que cierto medicamento no es tan efectivo como dicen, que tal indicación terapéutica no es más efectiva que otra; evitar solicitar un estudio de última generación que carece de sentido en la actualidad o des-prescribir, incluso, un tratamiento por innecesario, al contrario, nos enriquece al mismo tiempo que redundando en un beneficio para el paciente.

Asistimos a un cambio categórico y profundo en lo que respecta a la relación con el paciente. La vieja definición de entrevista, que hace alusión al encuentro entre dos personas, una que sabe con otra que no sabe, resulta anacrónica. Hoy lo que se produce (o debería producirse) es, en palabras del Dr. Berrios, un verdadero “encuentro dialógico” en el cual ambas partes llegan a un acuerdo respecto del diagnóstico y tratamiento en un lugar y momento determinado. Es justo en ese encuentro en el que deberemos sobreponernos al cruce de diferentes demandas socio-políticas, económicas e institucionales. Idéntica consideración le cabe a las diferentes estrategias de marketing que tironean a nuestras

potenciales intervenciones hacia la oferta de garantías inexistentes o panaceas ilusorias. En este marco, tener presente al concepto de prevención cuaternaria puede constituir un verdadero acto de liberación al iluminar de forma crítica nuestra práctica.

En este mismo sentido es auspiciosa la reciente creación del Capítulo de Medicalización, Prevención Cuaternaria y Salud Mental en la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), que es presidido por el Dr. Jorge Bernstein, y constituye uno de los pocos ámbitos en los cuales se trabaja, investiga y desarrolla esta temática.

El modo bajo el cual esta transformación podrá tener lugar en nuestra disciplina es aún un enigma y un enorme desafío. En un terreno en el cual aún discutimos si se trata de enfermedades, que carecemos de marcadores biológicos consensuados, los sistemas clasificatorios diagnósticos están en revisión, y abundamos en tironeos para incrementar o reducir la base de sujetos a tratar, la faena puede ser titánica.

El presente Dossier tiene como objetivo señalar el campo de trabajo y servir de estímulo para nuevos desarrollos en esta materia. Para esto la Dra. María Noble (médica clínica) se encarga de sentar las bases teóricas relacionadas a la prevención cuaternaria, con el objetivo de evitar los sobre-diagnósticos y sobre-tratamientos proponiendo como posibilidad la búsqueda de alternativas éticas aceptables donde los beneficios y riesgos sean expuestos claramente y el balance sea a favor de los primeros. Asimismo, nos sugiere volver a una práctica centrada en la persona. Por su parte, el Dr. Alberto Ortiz Lobo, psiquiatra español y dueño de una frondosa bibliografía vinculada a la prevención cuaternaria en Salud Mental, sin duda un autor de consulta obligada en este tema, analiza el quehacer profesional. Lo ubica, en definitiva, como el que tiene la capacidad de reducir (o evitar) los daños en el paciente. Para esto hace un repaso de los perjuicios en los cuales pueden incurrir

los profesionales de salud mental y analiza, casi podría decirse que "ecológicamente", con parámetros contextuales y de largo plazo, las diferentes intervenciones especializadas.

El trabajo del Dr. Hugo Pisa aborda la psiquiatrización de la vida cotidiana a partir del desarrollo de diferentes aspectos tendientes a explicar el origen de las demandas por parte de los pacientes y de las respuestas dadas por el psiquiatra. Se propone, además, una reflexión sobre la práctica.

"No dañar" es un principio que nadie pone en duda. Por ejemplo, al momento de indicar un tratamiento psicofarmacológico se suelen plantear los potenciales riesgos que pueda presentar el medicamento. Ahora bien, ¿con las psicoterapias ocurre lo mismo? ¿Se las considera un tipo de intervención inocua, que no puede traer ninguna consecuencia dañina? El Lic. Martín Agrest desarrolla y problematiza estos interrogantes en el amplio campo de la Salud Mental, cuestionando la posibilidad de que exista algo con la suficiente fuerza como para ayudar, pero que carezca del potencial efecto de dañar. Analiza los conceptos de necesidad, oferta y demanda para comprender la dinámica de la atención psicoterapéutica y discute el problema de los excesos en psicoterapia. Por último, Moreno, Pedace y Matusevich presentan mediante viñetas clínicas el original Síndrome de París para dar cuenta de recorridos más o menos típicos según los cuales pacientes ancianos frágiles son tentados por las ilusiones de la biomedicina que, sin ser necesariamente iatrogénicas, condicionan su vida y la de su familia al punto de no poder volver a llevar adelante su vida como hasta entonces.

Será tarea del lector analizar si estos trabajos sólo refuerzan la importancia de la buena práctica clínica, si aportan un llamado a la sensatez (que muchas veces desafía los consensos de lo que es considerado una buena práctica en un momento dado) o si, además, exigen una mirada crítica y más amplia de las prácticas en Salud Mental ■

Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina

María Noble

Médica Clínica

Secretaría de Educación Médica Continua de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)

E-mail: marianoblearg@yahoo.com.ar

*“Las artes, las ciencias y la filosofía tienen por delante una tarea
esquiva: abrir grietas en la seguridad de lo ya pensado y atreverse a
imaginar nuevas preguntas”*

Paula Sibilía (1)

Resumen

Seducida por los fármacos, la tecnología, la biometría, las guías de práctica clínica, la medicina actual se aleja cada vez más del sujeto de su cuidado. La prevención cuaternaria es una entre varias voces que en el mundo vinieron a denunciar los excesos de la práctica médica consecuentes a esta situación. Hay excesos evidentes, como la larga lista de estudios pedidos sin indicación, otros son imperceptibles, como la medicalización de la vida y los excesos preventivos que están arraigados en la cultura actual y además son reclamados por una sociedad que pide certezas a cualquier costo. La prevención cuaternaria propone un conjunto de actividades tendientes a evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias protegiendo al sujeto del sobrediagnóstico y del sobretratamiento, y proponiéndole alternativas éticamente aceptables donde el balance de los beneficios y riesgos sea claramente favorable (basado en evidencias de la mejor calidad), respetando la autonomía del sujeto que debidamente informado puede elegir lo mejor para sí y tendiente a un uso de recursos racional y equitativo. Para poder lograrlo, es imprescindible tener fuentes de información confiables, una educación médica independiente de las industrias de la tecnología y los fármacos interesadas en su prescripción y una medicina que vuelva a hacer de la persona su interés central.

Palabras claves: Prevención cuaternaria - Sobrediagnóstico - Sobretratamiento - Medicina entrada en la persona - Medicalización.

QUATERNARY PREVENTION: AN ATTEMPT TO AVOID THE EXCESSES OF MEDICINE

Abstract

Seduced by technology, biometrics, practical guidelines and the use of medication, medicine has been driven away from the subject of its care. Quaternary prevention is, among other voices around the world, trying to denounce the consequent excesses of medical practice given by this situation. There are visible excesses, such as the long list of studies being performed on patients without indication, and others, much more subtle, as excessive prevention and the continuous and progressive medicalization of life itself that are rooted in our culture and demanded by a society that requests certainty at almost any cost. Quaternary prevention proposes a series of actions leaning towards avoiding and diminishing the damage produced by health care activities, in order to protect the subject of overdiagnosis and overtreatment; offering also ethical and viable alternatives in which the balance of risks and benefits (based on the best evidences) respects the autonomy of the subject by properly informing and allowing him to decide among the best options he has; altogether in a process that contemplates a rational and equitable use of resources. In order to achieve this, reliable sources of information and a medical education not dependent on industries related to technology or pharmaceuticals, are vital; in conjunction with a medicine that reestablishes the subject as its main and central interest.

Key words: Quaternary prevention - Overdiagnosis - Overtreatment - Person-centered medicine - Medicalization.

Introducción

“Prevención cuaternaria” fueron las palabras que eligió Marc Jamouille, médico de familia de origen belga para dar cuenta de la necesidad de acciones para limitar los excesos de las actividades médicas. Así, podríamos definir a la prevención cuaternaria, como el conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias (2).

La palabra “prevención” no debe confundirnos, la prevención cuaternaria no remite exclusivamente a las prácticas preventivas, sino a todas las áreas de la actividad médica, dado que en todas ellas se producen excesos.

Esta propuesta postula una mirada crítica sobre la práctica médica actual que, seducida por los fármacos, la tecnología, la biometría, las guías de práctica clínica, se aleja cada vez más del sujeto de su cuidado.

La prevención cuaternaria supone volver a centrar la Medicina en el paciente tal como lo expresa la definición de Marc Jamouille recogida en el Diccionario de medicina general y de familia de la *World Organization of Family Doctors* (WONCA): “Las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables” (2).

La inclusión de la ética en la definición es muy acertada, dado que a la hora de realizar cualquier acto médico, repasar los principios de la bioética es una forma de minimizar el riesgo de errores.

De los 4 principios de la bioética enunciados por Childress y Beauchamp (3) en 1978, el *Principio de Beneficencia* es el que los médicos incorporamos más fácilmente, no sólo porque estamos entrenados en hacer, sino también porque la mayoría de los trabajos de investigación tienen como resultado principal demostrar los beneficios de determinadas prácticas y/o intervenciones farmacológicas.

El *Principio de No Maleficencia*, que debería estar indisolublemente unido al primero, en general es considerado más livianamente, al momento de indicar estudios o tratamientos. Suelen enfatizarse los beneficios y minimizarse los daños, de la mano de evidencias científicas que, en general, no tienen en cuenta en los resultados principales la seguridad o los daños, aunque suelen incluirse como resultados secundarios, cuando en realidad las acciones terapéuticas deberían provenir de un ajustado balance de beneficios y riesgos y NO deberían realizarse a menos que esté claramente demostrado que los beneficios son mayores que los riesgos.

El *Principio de Autonomía* -que supone que el paciente informado, con las mejores evidencias disponibles, entiende y acepta los beneficios y riesgos a los que una práctica o tratamiento lo exponen- es pasado casi sistemáticamente por alto en un modelo de ejercicio médico que conserva rasgos francamente paternalistas y en gran medida autoritarios.

Lamentablemente, también el *Principio de Justicia* -que propone una distribución equitativa de los recursos de Salud entre los miembros de la comunidad- dista de

cumplirse en las sociedades contemporáneas, que incluyen a la medicina en un modelo de consumo voraz.

Así lo expone JT Hart con el concepto de Ley de Cuidados Inversos: la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Los pacientes con mejor salud y mayores recursos, son quienes están sobre-estudiados y consumen recursos sanitarios en exceso (con los riesgos consecuentes de ello, incluida la pérdida de la percepción de salud), mientras que las poblaciones desfavorecidas, acceden menos, reciben menor cuidado y tienen mayores tasas de mortalidad (4).

La prevención cuaternaria es una, entre varias voces, que en el mundo vino a denunciar los excesos médicos y está trabajando intensamente en esta área. Solo para citar algunas otras:

- Las revistas JAMA y BMJ con sus campañas “*Less is More*” y “*Too much Medicine*”, respectivamente publican hace años artículos que dan cuenta de esta temática.

- El Grupo *Preventing Overdiagnosis* (www.preventingo-verdiagnosis.net) uno de cuyos líderes, Gilbert Welch, es un activo investigador de los temas de sobrediagnóstico y sobretratamiento.

- La iniciativa *Choosing Wisely* (www.choosingwisely.org), iniciada en 2012 por la Fundación ABIM (www.abim.org) de la junta de Medicina Interna de los EE.UU., orientada a ayudar a médicos y pacientes a realizar elecciones adecuadas acerca del control de su salud.

- La Iniciativa Inter-Especialidades recientemente organizada en nuestro país.

Diversas variantes de los excesos

Hay excesos evidentes, otros más sutiles. Evidente es una larga lista de estudios pedidos sin indicación. Otros son imperceptibles, como la medicalización de la vida y los excesos preventivos que están arraigados en la cultura actual y además son reclamados por una sociedad que pide certezas a cualquier costo.

Medicalización de la vida

Este concepto podría sintetizarse en la lúcida e irónica frase de Aldous Huxley: “*La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano*” (5). Dicho de otro modo, es la conversión de situaciones normales en patológicas; esto está facilitado por el hecho de que numerosos fenómenos y parámetros biométricos implican un espectro entre la normalidad y la anormalidad cuyo límite no siempre es claro.

Iona Heath, médica de familia de origen inglés, en uno de sus múltiples artículos (6) alude a la combinación tóxica de intereses creados, pensamientos esperanzados y buenas intenciones, que generan una presión continua para extender el rango de la anormalidad, generando una epidemia de enfermedades asintomáticas (definidas sólo por alteraciones biométricas), con el consecuente consumo de recursos de salud destinados a llevar esos números a un estado de supuesta normalidad. En ese

proceso, personas que están perfectamente sanas son sometidas no sólo a diagnósticos, que en sí mismos parecen implicar un compromiso para la salud, sino también a tratamientos con significativos efectos colaterales (6).

Son diversas las formas en que se puede medicalizar la vida, entre otras:

- Transformando factores de riesgo en enfermedades.
- Ampliando el concepto de enfermedad a través de la redefinición de los puntos de corte para el diagnóstico y/o generando la categoría de pre-enfermedades.
- Recategorizando como enfermedades los procesos vitales (*Disease Mongering*).

Transformación de factores de riesgo en enfermedades

Si bien los factores de riesgo se asocian estadísticamente y de un modo plausible con una enfermedad, no son necesarios ni suficientes para que se presente la enfermedad, y además aunque su evitación puede disminuir el riesgo de la patología, no por eso excluye por completo la posibilidad de padecerla.

Luis David Castiel y Carlos Álvarez-Dardet expresan al respecto: “*Existe algo de persecutorio en la idea de conocer el futuro para prevenirse de las muchas amenazas que parecen acecharnos (...) Hay sectores de las ciencias de la salud que empezaron a colaborar, con más fuerza, con estrategias corporativas de la industria farmacéutica para hacer la ocurrencia de la enfermedad un espacio ampliable, tanto en el presente, al crear nuevas enfermedades y mediante la noción del riesgo, medicalizando también el futuro*” (7).

“*El hecho de que los médicos diagnostiquen y traten riesgos virtualiza la noción de beneficencia. (...) Lo mismo sucede con los límites del principio de no maleficencia (...) ¿El nivel de daño físico, mental o económico debe ser el mismo para diagnosticar y tratar riesgos que para diagnosticar y tratar enfermedades?*” (7).

Ampliación del concepto de enfermedad

Los corrimientos de los puntos de corte para el diagnóstico de una patología implican que millones de pacientes pasen a la categoría de enfermos o de personas en riesgo (ejemplo: DBT, HTA, hipercolesterolemia).

La redefinición de estos umbrales diagnósticos, que con frecuencia implican una terapéutica, son determinados por paneles de expertos.

Ray Moynihan, periodista de temas de salud de origen australiano, publicó un trabajo donde se propone identificar lineamientos en los que se cambiaron las definiciones de enfermedad, evaluar si los cambios propuestos aumentaron el número de personas que padecen la enfermedad, si se investigaron los daños potenciales de las modificaciones propuestas y si existían relaciones entre los miembros del panel de expertos y la industria farmacéutica (8).

Del mismo surgió que, entre 2000-2013, de 16 publicaciones acerca de 14 problemas de salud, 10 cambios propuestos ampliaron las definiciones de enfermedad, ninguna incluía evaluaciones rigurosas de daños poten-

ciales y de 14 paneles que aclaraban conflictos de interés, 12 estaban presididos por expertos que tenían relación con la industria y el 75% de miembros de los mismos también tenían lazos con la industria (8).

Asimismo, como lo remarca el cardiólogo argentino Hernán Doval respecto a las guías de práctica clínica, “*las recomendaciones de Clase I con nivel de evidencia A, que si se acatan sería criterio de calidad en la prestación médica, son el 5% al 10% de todas las recomendaciones. La gran mayoría son recomendaciones de Clase IIa o IIb con criterios de evidencia poco concluyentes*” (9).

De tal modo que no podemos tomar las guías de práctica como una verdad incuestionable.

Transformación de procesos vitales en enfermedades

Escribe el cardiólogo argentino Carlos Tajer: “*De la mano de los avances en el desarrollo de la industria farmacéutica, malestares de la vida o circunstancias naturales se han “ontologizado” como enfermedades (...). Todo tema que puede modificarse con un fármaco ha seguido la intención de ser ontologizado (transformado en entidad). (...) La nosología no es inocente, induce cambios notables en nuestra forma de pensar a nuestros semejantes*” (10).

Esta variante del *marketing* farmacéutico tiene una estrategia: las nuevas enfermedades se promocionan con campañas de concienciación a través de los medios de comunicación. Tales campañas generan en las personas que reciben el mensaje la necesidad de buscar un tratamiento. Con frecuencia, utilizan médicos líderes de opinión para impartir cursos, publicar artículos en revistas especializadas y en revistas de divulgación.

Entre varios ejemplos, pueden citarse la agresiva promoción que tuvieron, en Australia, la alopecia como problema médico de la mano de la aparición del Finasteride y la fobia social de la mano de la aparición de la Moclobemida en 1997 (11).

Esto conduce a que la construcción social del concepto de enfermedad sea reemplazado por el concepto construido por las corporaciones.

El fenómeno de la medicalización genera una paradoja, tal como lo expresa Sixto Morell: “*En los países ricos vivimos una paradoja (...): a pesar de tener mayor calidad y esperanza de vida con mejores indicadores de salud, la sensación de enfermedad y la dependencia del sistema sanitario es cada vez mayor. (...) Es un hecho innegable que hemos cambiado la forma de valorar la salud y la enfermedad, diluyéndose los límites entre ambos y pasando a ser la salud un bien de consumo más*” (12).

Excesos preventivos

El popular axioma “es mejor prevenir que curar” merece ser revisado, si consideramos que implica proponerle a una persona sana una práctica con consecuencias en apariencia beneficiosas, pero con riesgos potenciales, en ocasiones graves. David Sackett en su artículo “*La arrogancia de la medicina preventiva*” expresa: “*La agresividad con la que vamos tras un paciente sano y saludable, sólo puede justificarse si las intervenciones se basan en el más*

alto nivel de evidencias (*trabajos randomizados y controlados y preferentemente revisiones sistemáticas de trabajos randomizados controlados*) que garanticen que la prueba va a aportar más beneficios que daños (...). Sin eso no se puede pedir a una persona sana que acepte una intervención sobre su salud" (13).

Sin embargo, prácticas de todos los días, arraigadas en la actividad médica y en la cultura, carecen de pruebas adecuadas o peor aún tienen pruebas que demuestran la inconveniencia de su realización. Un ejemplo de esto último es la utilización de la ecografía transvaginal en mujeres asintomáticas, que tiene recomendación en contra de su realización, por los daños que genera, de la mano de intervenciones innecesarias, sin lograr beneficios en mortalidad total, por cáncer de ovario, ni reducción de estadios avanzados. (14)

Una de las prácticas más valoradas en la sociedad, el chequeo o el examen periódico de salud, recomendada por médicos y medios de comunicación, no sólo demostró no ser útil para reducir mortalidad total, cardiovascular ni mortalidad por cáncer (15), sino que puede generar daños potenciales (algunos de los cuales atañen no sólo a las prácticas preventivas, sino a todos los estudios de diagnóstico), entre los que mencionaremos:

- Falsos positivos: si bien es de escasa gravedad, implica la repetición de un estudio, o la realización de otro estudio para descartar la patología. En muchos casos, la segunda prueba es agresiva, ejemplos TC de tórax para evaluar un falso positivo de una radiografía de tórax, cateterismo para descartar enfermedad coronaria sugerida por un falso positivo en la ergometría. En muchos casos a la pérdida de tiempo, dinero y gastos de recursos, se le suma el daño psicológico que implica al paciente.

- Hallazgos incidentales: son resultados verdaderos positivos, de valor incierto, obtenidos inesperadamente en un estudio realizado con otros propósitos. Si bien en su mayoría son inofensivos, la imposibilidad de aseverarlo, implica en muchos casos, otros estudios o procedimientos y en innumerables ocasiones seguimiento de lesiones intrascendentes. Resulta más probable encontrar un "incidentaloma" que la entidad nosológica investigada. La frecuencia de los "incidentalomas" en cualquier examen, en una revisión de 44 estudios con 41866 pacientes fue del 23.6% (IC 95% 15.8-31.3%) y aún más alto en estudios que emplearon TC (31.1%, IC 95% 20.1-41.9%) (16). Estos datos nos remiten a la necesidad de una selección minuciosa y reflexiva de las pruebas de diagnóstico y de rastreo.

- Los hallazgos incidentales causan ansiedad, consumo de tiempo y recursos, la percepción de estar enfermo (etiquetamiento) y la consecuente pérdida de bienestar que todo esto implica.

- Sobrediagnóstico: designa el diagnóstico de una enfermedad que nunca causaría daño ni la muerte del paciente si estuviese librada a su evolución. Este es un tema difícil de entender y estudiar, sobre todo en el rastreo oncológico.

El cáncer es una entidad compleja y heterogénea y puede seguir múltiples caminos. Hay lesiones indolentes que no producen daño a lo largo de la vida del paciente y otras que progresan a metástasis y muerte. El propósito del diagnóstico temprano de cáncer fue reducir la

tasa de enfermedad avanzada y disminuir la mortalidad por cáncer. Sin embargo, los datos de los EE.UU. sugieren aumentos significativos en enfermedad de estadio temprano, sin una disminución proporcional en estadios avanzados y muerte en diversos tipos de cáncer, lo cual sugiere la detección de numerosos casos de lesiones indolentes. Esserman en su artículo del JAMA propone que numerosas lesiones detectadas durante chequeos de cáncer de pulmón, tiroides, próstata y mama no sean llamadas cáncer, sino lesiones indolentes de origen epitelial (17).

Hay una creciente preocupación entre los médicos, científicos y organizaciones de defensa de los pacientes para que cientos de miles de hombres y mujeres se someten a tratamientos innecesarios, nocivos y hasta desfigurantes, a veces, por lesiones cancerígenas y pre-malignas que crecen con tanta lentitud que tienen pocas probabilidades de llegar a causar daño alguna vez. El problema es que cuando médicos y pacientes toman conciencia de una lesión, por lo general se sienten obligados a hacer una biopsia y a intentar extraerla, con el dolor y el riesgo físico y psicológico que eso implica para el paciente ya que, desafortunadamente, los médicos no pueden decirles con certeza a sus pacientes cuál será el comportamiento de esa lesión en su caso en particular (17).

Es por eso que estudiar con precisión los beneficios y riesgos de cada práctica e implementarla sólo cuando los beneficios superen netamente los riesgos, en el momento y con los intervalos que correspondan, en un paciente que, informado de la práctica, la acepta, deviene un imperativo ético a la hora de realizar un *screening*, especialmente oncológico.

- Gasto/Inequidad: el uso indiscriminado de métodos de diagnóstico y tratamientos innecesarios implican un enorme costo en salud. Como se mencionó anteriormente, la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. En general la medicalización y los excesos preventivos tienden a producir un desvío de recursos de las personas enfermas a las personas sanas, de los ancianos a los más jóvenes y de los más pobres a los que tienen mayores recursos.

No debe perderse de vista que los presupuestos de salud -públicos y privados- son finitos y lo que se malgasta en acciones innecesarias deja de gastarse en algo realmente necesario.

¿Por qué estamos como estamos?

Iona Heath, una de las voces más autorizadas en esta temática, reflexiona lúcidamente al respecto: *"El miedo casi universal a morir y el deseo de una vida más larga y saludable generan un real entusiasmo por la prevención tanto en los pacientes como en los gobiernos, los medios y algunos médicos y es cultivado por la industria farmacéutica y tecnológica"*.

Este párrafo resume la complejidad del tema y la gran cantidad de actores involucrados en la génesis del sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento, no sólo en el área

preventiva sino en todas las áreas de la actividad médica. Sin embargo, no hay que perder de vista que la decisión última de la prescripción es la del médico que atiende a una persona.

Los médicos, mayoritariamente, tienen genuino interés en diagnosticar y tratar a sus pacientes y en ese camino tienen que enfrentar numerosas dificultades y limitaciones. En general, tienen baja tolerancia a la incertidumbre, a pesar de que la Medicina está atravesada por ella. Asimismo, el acceso a las fuentes de información no es siempre fácil, se encuentra restringido, porque la suscripción a las revistas tiene costos habitualmente altos.

Las fuentes de información, con frecuencia, tienen sesgos y los médicos no siempre poseen la formación suficiente para detectarlos. Se sienten, asimismo, presionados por la demanda de los pacientes, el tiempo escaso para atenderlos y el temor a la *mala praxis* y carecen, con cierta frecuencia, de habilidades comunicacionales suficientes para enfrentar este desafío.

En un estudio donde se les preguntaba a médicos generalistas y de familia si sus pacientes estaban recibiendo demasiados cuidados, el 42% respondió afirmativamente y adujo que los principales factores para una práctica más agresiva son: preocupación por *mala praxis* (76%), medidas de *performance* (52%), falta de tiempo con los pacientes (40%). Consideraron, además, que los incentivos financieros predisponen a una práctica más agresiva y el 62% opinó que se reducirían los test diagnósticos si no generaran ingresos para los médicos (18).

Por su parte, los pacientes, frecuentemente usan con la medicina una lógica de consumo donde está instalada la idea que más es mejor, basada en creencias, informaciones erróneas o malintencionadas y en el temor a la enfermedad y a la incertidumbre.

Sin embargo hay investigaciones que dejan claro que los estudios diagnósticos no redundan siempre en reaseguro, como lo demuestra la revisión sistemática de 14 trabajos randomizados controlados donde los test diagnósticos para síntomas de bajo riesgo de enfermedades serias, tienen poco beneficio para reasegurar a los pacientes, disminuir su ansiedad o resolver sus síntomas aunque pueden reducir futuras visitas de atención primaria (19).

Iona Heath comenta *"El trabajo clínico está cercado por la incertidumbre porque la aplicación de verdades biomédicas generalizadas al contexto de la vida de un paciente individual con sus circunstancias siempre va a ser incierto (...). A los médicos, sobre todo los más jóvenes, se les enseñó a temer a la incertidumbre. Pedimos cada vez más test para tratar, con frecuencia en vano, de ganar seguridad sobre lo que estamos viendo. Los miedos de los pacientes acrecientan los miedos de sus médicos y viceversa, sobre todo en un sistema de salud fragmentado que erosiona la continuidad del cuidado. Es sólo dentro de una relación de confianza que el miedo puede ser de algún modo contenido"* (20).

Cabe resaltar que la relación médico-paciente está atravesada por los intereses del complejo médico-industrial, la omnipresencia de los medios de comunicación,

que no siempre informan de un modo prudente y/o transparente y las políticas de los decisores de salud.

En referencia al tema que nos ocupa, Michel Foucault aseveraba que la forma de pensar la salud se relaciona con momentos históricos y se ajusta al orden económico, político y social donde es generada y reproducida, ya que la Medicina forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder (21).

Para él, uno de los fenómenos más significativos de las sociedades industriales fue la constitución de un poder (biopoder) sobre el hombre en cuanto ser vivo, que se implementa a través de biopolíticas, que apuntan a poblaciones cuyos rasgos biológicos pueden ser manipulados mediante técnicas y saberes específicos.

Pensando salidas

Un buen comienzo es repensar y cuestionar la práctica médica y volver a centrarla en su objeto de estudio y razón de ser, que es la persona. Una manera de intentar garantizar el cuidado de esa persona es tener siempre presentes los principios de la bioética mencionados anteriormente.

Centrarse en las personas y respetar su autonomía implica incluirlas en la toma de decisiones.

E.D. Pellegrino dice al respecto: *"La salvaguarda definitiva de la integridad de la persona del paciente es la fidelidad del médico a la confianza inherente en la relación sanativa. (...) Mucho depende de la forma en que el médico presenta los hechos, qué hechos selecciona y acentúa, cuánto revela, cómo pondera los riesgos y beneficios, y en qué medida respeta o explota los temores y ansiedades de su paciente; (...) todo paciente, hasta el más instruido e independiente, puede ser víctima o beneficiario de ese poder"* (22).

La mayoría de las decisiones en Medicina no están claramente definidas. Médicos y pacientes necesitan discutir las opciones usando las mejores evidencias disponibles y tomar decisiones informadas.

Victor Montori, de la Mayo Clinic, uno de los más activos investigadores y promotores de la Medicina Centrada en las Personas, en uno de sus artículos expresa: *"Un principio de la Medicina Basada en la Evidencia es que la evidencia, sola, nunca nos dice qué debemos hacer. Tomar decisiones requiere que el médico evalúe con pericia el contexto personal, social, y clínico del paciente e integre esa información y los valores y preferencias del paciente, informado, con la mejor evidencia disponible"* (23).

Sin embargo, la implementación del proceso de decisiones compartidas no es fácil, porque los médicos necesitan herramientas y habilidades para hacerlo. Por su parte, los pacientes requieren información y contención y se precisa de ellos un rol más activo en el desarrollo de estrategias para mejorar el proceso (24).

La construcción de herramientas para la toma de decisiones compartidas es una labor difícil ya que debe disponerse de resúmenes de evidencias, de revisiones sistemáticas y de lineamientos confiables, con lo que no siempre se cuenta y con cierta velocidad se desactualizan por los avances de las investigaciones.

El grupo de trabajo GRADE -*Grading of Recommen-*

dations Assessment, Development and Evaluation- tiene por objetivo desarrollar un método común y razonable para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones y para resumir los resultados en tablas (*summary of findings tables*), que especifican los valores absolutos de una intervención en resultados importantes para el paciente, proveyendo un grado de confianza en la estimación de los resultados (alta, moderada, baja y muy baja). Este sistema tiene un gran potencial para la producción de herramientas para la toma de decisiones.

El proyecto sin fines de lucro MAGIC *project* (*Making GRADE the Irresistible Choice*, www.magicproject.org) desarrolló una aplicación *online* con potencial para producir herramientas electrónicas para usar en el encuentro clínico, que está en evaluación.

De todos modos, ninguna herramienta es suficiente para garantizar que la decisión clínica sea realmente compartida.

La formación de pre y postgrado y los programas de educación médica continua deben plantearse la necesidad de educar a los médicos en esta cultura de las decisiones compartidas, las que requieren no sólo de la información, sino también de habilidades comunicacionales para poder llevarse a cabo adecuadamente.

Otro aspecto a considerar es que los médicos deben aprender a tolerar la incertidumbre, compartirla con los pacientes, revalorar lo artesanal de su actividad, la importancia de la escucha y del tiempo para construir un vínculo de confianza, con el fin de evitar cubrir esas falencias con la prescripción de estudios y medicamentos.

También los pacientes deben ser educados para tener expectativas realistas, y evitar la sobrevaloración de los estudios complementarios y los fármacos y para desarrollar sus habilidades de afrontamiento.

Otro paso importante hacia la salida de este dilema es que la comunidad médica logre ser independiente de las industrias de la tecnología y las farmacéuticas, sin ello no se pueden garantizar la prescripción transparente de fármacos y estudios, necesarias para evitar el sobre-diagnóstico y el sobre-tratamiento.

Y, sobre todo, la educación no puede estar contaminada, ni en manos de las industrias interesadas en la prescripción de los médicos.

Es imprescindible reconocer el poder de la prescripción y la necesidad de practicar una prescripción conservadora (25), mediante la cual los médicos pueden pensar en alternativas a los fármacos: una forma es esperar (muchos malestares menores se resuelven espontáneamente), otra manera es usar tratamientos no farmacológicos (por ejemplo: ejercicios para la lumbalgia crónica).

Es importante que los médicos sean precavidos y escépticos ante drogas nuevas, que busquen fuentes de información no sesgada, que esperen tiempo suficiente para asegurarse que la nueva droga no sea dañina. Los médicos deben evitar ser seducidos por resultados subrogados (p. ej., descenso de valores de colesterol) y guiarse por resultados importantes (p. ej., la reducción de eventos cardiovasculares o muertes), asegurarse que lo nuevo supera a lo existente y tener en cuenta que pocas drogas son para siempre y por lo tanto hay que estar dispuestos a des-prescribirlas. No se trata de negar tratamientos útiles, la des-prescripción es una intervención centrada en el paciente, que requiere una decisión médica compartida y consentimiento del paciente. Más del 50% de medicaciones en mayores de 70 años pueden ser discontinuadas.

Más allá de los médicos y los pacientes, los decisores de políticas de salud tienen responsabilidad en la discusión y difusión de estos temas, en la educación de la comunidad al respecto y en el control de la práctica de los médicos. Pero, sobre todo tienen la responsabilidad de actuar sobre las causas socioeconómicas de la enfermedad, que explican el mayor número de muertes y en evitar el gasto inequitativo de los recursos.

Asimismo, los medios de comunicación tienen la responsabilidad de informar de un modo prudente, transparente y fundamentalmente independiente.

Como conclusión, vaya nuevamente una reflexión de Iona Heath: "*Las respuestas necesariamente deben ser impulsadas por la ética y la política porque son las únicas defensas reales que ha tenido la humanidad para enfrentar el abuso del poder y del dinero, en detrimento de los débiles y vulnerables*" (26).

Según el escritor sueco Sven Lindqvist, mencionado por Heath: "*No es conocimiento lo que nos falta. Lo que falta es el coraje para entender lo que sabemos y sacar las conclusiones*" (27) ■

Referencias bibliográficas

1. Sibia P. El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
2. De Vito EL. Prevencción cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina* 2013; 73 (2): 187-90.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
4. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1 (7696): 405-12.
5. Huxley A. Un mundo feliz. Barcelona: Plaza & Janés; 1985.
6. Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests. *BMJ* 2013; 347 (Published 25 October 2013).
7. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saú-de Pública* 2007; 41 (3): 461-6.
8. Moynihan RN. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS One*. August 13, 2013; 10 (8): e1001500.
9. Doval H. Visión crítica de las guías o guías de la visión crítica. ¿un nuevo dogma escolástico? *Rev Arg Card* 2014; 82 (6).
10. Tajer C. Las palabras de la medicina clínica. *Rev Arg Card* 2009; 77 (2).
11. Moynihan R. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.
12. Morell S. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009; 11: 491-512.
13. Sackett D. La arrogancia de la medicina preventiva. *CMAJ* 2002; 167 (4).
14. Reade CJ. Risks and benefits of screening asymptomatic women for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2013 Sep; 130 (3):674-81.
15. Krogsbøll LT. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7191>.
16. Mariño M. Incidentalomas: concepto, relevancia y retos para la práctica médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*; 1-9.
17. Esserman LJ. Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement. *JAMA* 2013 Jul 29; [avance de publicación]. doi: 10.1001/jama.2013.108415.
18. Sirovich BE. Too little? Too much? Primary care physicians' views on us health care: a brief report. *Arch Intern Med* 2011 Sep 26; 171 (17): 1582-5. doi: 10.1001/archinternmed.2011.437.
19. Rolfe A. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease systematic review and meta-analysis free. *JAMA Intern Med* 2013; 173 (6): 407-16.
20. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014; 349.
21. Foucault M. Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
22. Torralba F. Filosofía de la Medicina: en torno de la obra de E.D. Pellegrino. Madrid; 2001.
23. Montori V. Corruption of the evidence as threat an opportunity for evidence-based medicine. *Harvard Health Policy Rev* 2007; (8): 145-55.
24. Agoritsas T. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 2015; 350.
25. Schiff GD. Principles of Conservative Prescribing Gordon D. Schiff. *Arch Intern Med* 2011; 171 (16): 1433-40.
26. Iona H. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests. *BMJ* 2013; 347.
27. Lindqvist S. Exterminad a todos los brutos. Buenos Aires: UBA; 1997.

El arte de hacer el mínimo daño en Salud Mental

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra; Doctor en Medicina

Centro de Salud Mental "Salamanca", Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

E-mail: aortizlobo@yahoo.es

En los últimos años se está produciendo una expansión del conocimiento y la práctica de la prevención cuaternaria de la mano, principalmente, de la Atención Primaria (1, 2). Se trata de una actividad clínica exigente, que precisa del conocimiento exhaustivo de los daños potenciales que se pueden infligir a los pacientes, reconocerlos en nuestra propia práctica y poner en juego entonces, alternativas que los eliminen o, al menos, que los reduzcan.

La Salud Mental es un campo asistencial particularmente diverso, mal delimitado, complejo en su conceptualización, heterogéneo en sus prácticas y con efectos difícilmente medibles. La subjetividad impregna, enriqueciendo y complicando esta disciplina, y también contribuye a esconder los perjuicios que puede producir.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de esclarecer y dar cuenta de la iatrogenia y sus condicionantes en la práctica de la Salud Mental, punto de partida para poder desarrollar una clínica basada en el arte de hacer el mínimo daño (3).

Condicionantes socioculturales y éticos de la iatrogenia

La psiquiatría y psicología actuales han alcanzado en los últimos decenios una expansión sin precedentes: los servicios de Salud Mental han crecido ostensiblemente, los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos se han popularizado, tanto la psiquiatría como la psicología tienen una presencia relevante en ámbitos

Resumen

Hay condicionantes socioculturales y político-económicos que favorecen el intervencionismo en salud mental y la iatrogenia. Sin embargo, finalmente es el profesional, en su relación con el paciente, quien tiene la capacidad de reducir los daños de su práctica clínica. Este artículo repasa someramente los perjuicios del trabajo en salud mental y plantea, desde el reconocimiento de los conflictos intelectuales y personales del profesional, los fundamentos para una práctica que cause el mínimo daño a los pacientes.

Palabras clave: Prevención cuaternaria - Enfermedad iatrogénica - Medicalización - Salud Mental.

THE ART OF DOING MINIMAL HARM IN MENTAL HEALTH

Abstract

There are socio-cultural and political-economic conditions that favor interventionism in mental health and iatrogenesis. However, the professional, in relationship with the patient, has the ability to reduce harm in clinical practice. This article, briefly, reviews the damage of work in mental health and arises, from the recognition of professional intellectual and personal conflicts, the foundation for a practice that causes the least harm to patients

Key words: Quaternary prevention - Iatrogenic disease - Medicalization - Mental health.

jurídicos, laborales, académicos, sociales... y, a través de los medios de comunicación, sus profesionales promocionan con éxito la importancia de estas disciplinas. Este éxito social lleva aparejada una expropiación de la salud mental de los ciudadanos que sienten que ya no pueden enfrentar muchos de los eventos vitales cotidianos sin consultarlo con un profesional. La dependencia y confianza en la tecnología "psi" ha alcanzado unos niveles extraordinarios debido a que se han exagerado sus efectos positivos y se ha despreciado el daño que producen. Las terapias de aconsejamiento, cognitivo-conductuales, psicoanalíticas y de todo tipo aparecen como remedios casi mágicos que pueden eliminar el malestar del sujeto producido por el enfrentamiento consciente con la vida. De igual manera, los psicofármacos se han convertido en la única respuesta a muchos de los conflictos ordinarios, lo que ha favorecido que sus ventas se hayan disparado. En estos días, nuestra concepción de una vida plena es una vida sin sufrimiento, no una vida en la que seamos capaces de manejarlo (4).

Esta dependencia de los profesionales de la salud mental se produce también en una sociedad consagrada al individualismo, donde cada uno es responsable de su éxito o su fracaso y los conflictos sociales se convierten en asuntos personales. A su vez, en el propio sujeto se ha producido una transformación de sus dilemas éticos y de la frustración de sus deseos laborales, familiares o personales, en problemas mentales. Todo es remitido a la salud mental, que se ha convertido en un bien de consumo que vende la industria farmacéutica o psicoterapéutica (5). De este modo, la psiquiatría y la psicología han ampliado su campo de actuación de forma casi ilimitada por lo que su potencial capacidad de perjudicar a las personas es extraordinaria, como veremos.

Curiosamente, el encumbramiento y la expansión de estas disciplinas se produce aún cuando no existe una conceptualización definitiva de las enfermedades mentales, persiste un desconocimiento de sus causas, generación y desarrollo y las teorías que intentan dar cuenta de ello son diversas y con planteamientos y propuestas de tratamiento que a veces resultan antagónicos. En el caso de la psiquiatría, el modelo hegemónico actual es el biomédico, centrado en los síntomas y en el individuo y que relega a un segundo plano el contexto, los factores socioculturales, la historia, etc. Se trata un modelo muy influenciado por los intereses comerciales y financieros de la industria farmacéutica principalmente y que se ampara en un autoritarismo pseudocientífico cuya fundamentación neuroquímica no está probada (6, 7). Esta forma de entender los problemas mentales que no puede aprehender lo humano (cultura, valores, significados...) con sus herramientas positivistas, favorece los excesos y perjuicios en la práctica de la Salud Mental.

Todos estos condicionantes propician el intervencionismo y que este se realice además desde una dinámica vertical, paternalista, en la que el paciente se pone en manos de un profesional "experto" que nombra qué tiene el paciente y decide qué tratamiento ha de recibir. En muchas ocasiones, parecería que el profesional posee, no solo el conocimiento científico-técnico, sino también el

juicio moral para decidir acertadamente lo mejor para el beneficio del paciente sin tener que contar con su opinión. El paciente queda muchas veces relegado a obedecer y confiar ciegamente en el profesional que actúa guiado por el principio de beneficencia en detrimento del principio de autonomía. Sin embargo, el principio de no maleficencia (*primum non nocere*) es el primero y más fundamental del profesional sanitario, sin desconsiderar los otros.

El principio hipocrático *primum non nocere* se ha comprendido tradicionalmente de esta manera: actúa para los mejores intereses de tu paciente o actúa de manera que los daños ocasionados por el tratamiento no excedan sus beneficios. El problema es que, desde esta perspectiva de beneficiar al paciente, junto con un optimismo exagerado de los tratamientos, se han escrito muchos episodios de intervenciones atroces en la historia de la medicina y de la psiquiatría desde sus inicios hasta la actualidad. Las trepanaciones, el tratamiento moral, el coma insulínico, la malarioterapia, la lobotomía... todas se realizaron para beneficiar al paciente. *Primum non nocere* expresa dos partes: un mandato a ayudar y un mandato a no dañar. La interpretación permisiva de este principio da prioridad a la primera sobre la segunda y ha justificado estas atrocidades (8).

Pero hay otra interpretación más acorde con la doctrina del consentimiento informado y las decisiones compartidas. Es la interpretación preclusiva del *primum non nocere*, en la que se da prioridad al mandato de no dañar sobre el de ayudar al paciente. No dañar no significa "no tener intención de dañar" ni tampoco "esperar no dañar". Así, implícitamente, hay además un mandato de ser tan consciente como sea posible de los daños potenciales que se puedan derivar de la intervención. En el caso de intervenciones coercitivas, la obligación de no dañar aumenta en importancia respecto a los tratamientos consensuados donde el paciente voluntariamente asume los riesgos.

Esta interpretación permite que, aunque las intervenciones excedan en beneficios a los daños, puedan ser anulables en el caso de un tratamiento consensuado por la voluntad del paciente y, en el caso de tratamientos no consensuados, por un juzgado o por una directriz previa del paciente cuando era competente, a través de un poder jurídico o una declaración de voluntades anticipadas. Además, esta interpretación preclusiva es la que está más acorde con la mejor práctica médica actual en la que necesariamente se requiere la adherencia a la doctrina del consentimiento informado. La interpretación permisiva, en cambio, refleja un paternalismo médico (8).

Todos estos condicionantes sociales, culturales, económicos y éticos favorecen una práctica clínica excesiva, sesgada, centrada en la "enfermedad" y en el profesional, que cuenta con un poder extraordinario. Sin embargo, la iatrogenia derivada de la práctica de la Salud Mental puede ser reducida por un profesional consciente de los daños que puede causar, de sus conflictos intelectuales y personales, y que sea capaz de construir relaciones terapéuticas horizontales en la medida de lo posible.

Conflictos intelectuales y personales del profesional

La complejidad de la Salud Mental, en la encrucijada de perspectivas biológicas, sociales, antropológicas, psicológicas, filosóficas... resulta fascinante y, como todo aquello que no tiene una explicación definitiva, da lugar con facilidad a fanatismos. No es sencillo navegar en la incertidumbre y las distintas teorías sobre los problemas mentales nos proporcionan mapas con los que ubicarnos, siempre de forma provisional, en el laberinto de las emociones humanas, los pensamientos y las conductas, pero no constituyen la Verdad. Identificarse de manera acrítica con cualquier teoría, sea cual sea, nos conduce a su aplicación sistemática, independientemente del paciente o la situación clínica que tengamos que abordar. Igualmente, convertirse en experto en un determinado trastorno mental, lleva aparejado el peligro de diagnosticarlo con mucha mayor frecuencia y con la seguridad además, de que los juicios clínicos sesgados son precisamente el fruto del conocimiento superlativo y la perspicacia en detectar dicho trastorno.

Evidentemente, estos conflictos intelectuales no son malintencionados, pero rara vez tenemos conciencia de ellos y se mantienen por el sesgo de confirmación, que es la tendencia a buscar y encontrar pruebas confirmatorias de las creencias existentes y a ignorar o reinterpretar pruebas que las desafíen. La identificación con una teoría (o con un tipo de patología) nos proporciona un sentido de coherencia profesional y nos hace sentir cómodos, sin tener que movernos de nuestro marco, pero el compromiso con el cuidado del paciente queda subrogado al compromiso con mi teoría, que no es la única, ni la verdadera ni, por supuesto, la más útil para todas las situaciones clínicas. De hecho, algo que caracteriza a las distintas perspectivas (psicoanalítica, biologicista, sistémica, cognitiva...) es que ninguna es la mejor aproximación para todos los problemas mentales y que todas ellas tienen el riesgo de patologizar la conducta humana cuando esta es analizada en un dispositivo asistencial. Ambos aspectos pueden resultar muy dañinos para los pacientes porque los exponen a tratamientos inadecuados, innecesarios o excesivos (9). Se ha descrito que los psicoterapeutas con mayor implicación emocional en un solo modelo teórico pueden ser potencialmente más dañinos que aquellos con mayor experiencia en seleccionar distintas terapias (10). Igualmente, la aplicación rígida de una técnica o aferrarse a un manual o protocolo, que suele ser más habitual en psicoterapeutas noveles, puede ser una fuente de problemas en aquellos pacientes y relaciones terapéuticas que no se ajustan exactamente al molde preestablecido (11)

El instrumento de trabajo de los profesionales de Salud Mental es nuestra propia persona. Son imprescindibles los conocimientos técnicos, pero estos se ponen en juego en una relación interpersonal en la que fluyen actitudes, emociones, ideas, conductas y se establecen dinámicas que condicionan el éxito del tratamiento y la mejoría clínica del paciente.

Tradicionalmente se ha sostenido que algunas características personales del profesional favorecen el desarrollo de una buena alianza de trabajo en Salud Mental y su mejor evolución. La empatía (definida como la capacidad de reconocer las emociones del otro), la calidez (estar pendiente del paciente con una consideración positiva, sin pretender vivir su vida por él) y la autenticidad (la capacidad del profesional de ser genuino y no interpretar un papel) son los rasgos más señalados en este sentido (10). Por otro lado, están nuestras necesidades personales que nos guían en nuestras relaciones con familia, amigos o compañeros pero que también pueden hacerse presentes en la relación terapéutica y desvían la atención y el respeto al paciente durante el tratamiento y favorecen que resulte perjudicado. En numerosas ocasiones estamos ciegos a estos conflictos y actuamos "bienintencionadamente", pero provocando daños. Dependiendo de la personalidad del profesional (y de su interacción con la del paciente) se producirán distintas dinámicas potencialmente dañinas. Uno miedoso o inseguro evitará el tratamiento con muchos pacientes que lo necesitan, otro más emocional corre el riesgo de sobreimplicarse, perder los objetivos y tareas del tratamiento y favorecer la dependencia, aquél más obsesivo puede atender muy bien al encuadre formal pero no profundizar en lo emocional de los conflictos, un profesional autoritario con actitudes que exijan apertura, expresión emocional y cambio puede ser responsable del deterioro de un paciente que se siente innecesariamente expuesto y vulnerable... así hasta llegar a múltiples posibles interacciones (12).

Las necesidades personales más frecuentes que pueden conducirnos a tratar a los pacientes de forma inadecuada o cuando no lo necesitan, son aquellas que favorecen la verticalidad de la relación. Ya hemos adelantado algunos inconvenientes del paternalismo y cómo propicia la dependencia del paciente y reduce su capacidad de gestión de las emociones y conflictos mediante sus propias herramientas. Buena parte de los profesionales tienen una actitud relacional con sus pacientes caracterizada por el liderazgo y la asunción de toda la responsabilidad del trabajo terapéutico. Es un estilo directivo que deja menos espacio al paciente para tener iniciativa, tomar decisiones, participar o cuestionar el tratamiento. La omnipotencia conduce a los profesionales a tener que tener una respuesta para todo y a involucrarse en tratamientos inadecuados para alcanzar objetivos poco realistas. Algo parecido puede suceder cuando en nuestra consulta nos encontramos en muchas ocasiones con personas que sufren circunstancias personales trágicas (víctimas de accidentes, catástrofes, duelos traumáticos, etc.) que nos provocan intensos sentimientos de compasión. En esos momentos, es fácil que perdamos la perspectiva técnica que nos haga pensar en el paciente y preguntarnos si verdaderamente podemos ayudarlo, e intervinamos desde nuestra necesidad personal de hacer algo, aunque no sea eficaz, para calmar nuestra pena. Aunque nuestra voluntad de ayuda es intachable, podemos estar creando unas expectativas que no vamos a poder satisfacer, o involucramos al paciente en un trabajo del

que puede salir sintiéndose más frustrado, impotente o culpabilizado.

Hay profesionales que tienen en el trabajo su mayor fuente de reconocimiento y valía y sus actuaciones están principalmente encaminadas a conseguir halagos de sus pacientes. Es posible que la vanidad profesional sea un buen estímulo para trabajar mejor y obtener buenos resultados, pero cuando esta necesidad es excesiva, el profesional puede desviar su atención de la tarea hacia sí mismo, con el objetivo de sentirse admirado. Son profesionales que pueden ser muy seductores con sus pacientes y estos a su vez tienden a idealizarlos. Otras veces podemos intervenir desde la necesidad de defendernos. Se toleran mejor los errores por comisión (*"yo lo traté para mejorarlo aunque ahora esté peor"*) que los errores por omisión (*"está peor y no hice nada en su momento"*), lo que nos conduce a intervenir por inercia. De nuevo estamos actuando nuestras necesidades personales en detrimento de la seguridad del paciente (3).

Los excesos y perjuicios de la práctica clínica

Las posibilidades de dañar en Salud Mental son muchas y variadas (3) y no se pueden resumir en unas líneas. Las más llamativas provienen de la capacidad coercitiva de la psiquiatría: administración de medicamentos sin el consentimiento del paciente -muchas veces de forma crónica-, uso de la contención mecánica, ingresos involuntarios, tratamientos ambulatorios involuntarios, confinamientos *sine die* en centros psiquiátricos penitenciarios basados en delitos inimputables o argumentados por una peligrosidad del sujeto, etc. El hecho de que el psiquiatra crea sinceramente que su intervención es lo mejor para los intereses del sujeto no atenúa el perjuicio al paciente. Es fundamental que los psiquiatras tomen conciencia de que una intervención que utiliza la coerción necesariamente causa un daño y que es imprescindible esforzarse en conseguir acuerdos de tratamiento a través de la negociación. Los tratamientos coercitivos producen un sentimiento de violación o abuso de los derechos humanos en la medida que se restringe la autonomía del sujeto o se limita su participación en la toma de decisiones. Pueden surgir en los pacientes sentimientos de no ser escuchados, respetados o cuidados y pueden aparecer respuestas emocionales negativas muy fuertes que llevan a estas personas a sentirse devaluadas y estigmatizadas. Este tipo de intervenciones alimenta la creencia de que las personas no son responsables de sus acciones, no son capaces de responder a una discusión racional o a la persuasión o de que son peligrosos. Las intervenciones coercitivas conculcan los derechos del sujeto y esto supone una disminución de su condición de persona a corto plazo o su destrucción definitiva al desposeer al ciudadano de sus facultades como ser humano para desarrollar legítimamente los propósitos y los fines de su vida (8). Por otra parte, no deja de ser llamativo cómo el empleo de la coerción varía tan extraordinariamente entre países y profesionales: no hay una objetividad científica que ajuste el empleo de intervenciones tan perjudiciales (12, 13).

La extraordinaria expansión de la psiquiatría y la psicología en los últimos años ha favorecido otra forma de daño: el indicar tratamientos en personas que no se van a beneficiar de ellos. Se ha producido un fenómeno de psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana que ha transformado las emociones saludables pero desagradables, la timidez, el fracaso escolar, la sexualidad, etc., y cualquier comportamiento que se desvíe de la normalidad estadística o de lo aceptable socialmente, en un problema mental que precisa un tratamiento. Los sentimientos de tristeza, temor, indignación, rabia, ansiedad... que aparecen en el contexto de circunstancias vitales difíciles, aunque se produzca un sufrimiento psíquico, son fundamentalmente necesarios y adaptativos. Dan cuenta de la gravedad de la situación y nos preparan para afrontarla en la medida de lo posible. Realizar una intervención sanitaria en estas circunstancias, como dar un antidepresivo o hacer una psicoterapia breve, tiene varios peligros potenciales como patologizar y convertir en enfermedad una respuesta emocional dolorosa, pero sana y adaptativa, u ofrecer falsas esperanzas cuando el tratamiento que se oferta como una solución en ningún caso va a resolver el problema social subyacente. El intervencionismo también infantiliza y genera dependencias inútiles ya que si ante una reacción emocional dolorosa, pero sana, se obtiene una respuesta sanitaria, se favorece que los ciudadanos ya consulten siempre ante cualquier adversidad que les produzca malestar. Lo que se les transmite es que ellos no tienen recursos para salir adelante y que necesitan de un "experto" que les guíe o se haga cargo de sus emociones. En otros casos se puede culpabilizar al transformar una injusticia social, como la precariedad laboral, por ejemplo, en un problema personal del paciente. El mensaje implícito que conlleva el tratamiento es que el problema está en él, dentro del individuo, ya sea en forma de desequilibrio de los neurotransmisores o de conflicto psíquico. Esta perspectiva propugna un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas y puede convertir a los médicos y psicólogos en "colaboracionistas" ya que el tratamiento puede distraer o provocar resignación en la medida que se pone el foco en el individuo y no en el conflicto social, y se desvían recursos y energías. En estos casos, se enmarca en un problema sanitario, individual e íntimo asuntos que son de orden social, colectivo y públicos. Finalmente al indicar un tratamiento se corre el peligro de estigmatizar aunque no se dé un diagnóstico y puede conducir a un mayor aislamiento o discriminación (14).

Más allá de los perjuicios implícitos cuando realizamos intervenciones sanitarias en personas con reacciones emocionales de sufrimiento adaptativas, se encuentran los estudios de eficacia de las mismas. Probablemente las intervenciones más estudiadas en este ámbito son la psicoterapia en los duelos y las intervenciones que se realizan en las víctimas supervivientes de catástrofes naturales, accidentes o atentados. En ambos casos, cuando estas intervenciones se realizan a demanda o de forma indiscriminada, los resultados globales resultan negativos, causan mayor daño que beneficio (15-18). De modo que, aunque técnicamente fuéramos

unos excelentes profesionales, no podemos evitar los efectos secundarios de las intervenciones bien hechas y hay que limitarlos en la medida de lo posible. En este sentido, los tratamientos psicológicos siempre se han considerado, al menos, inocuos, pero si reconocemos su potencial terapéutico, también tenemos que considerar su capacidad para dañar. Se ha calculado que entre un 3% y un 15% de los pacientes empeoran tras realizar un tratamiento psicoterapéutico. En los últimos años se está comenzando a estudiar más a fondo los perjuicios que producen las intervenciones psicológicas, desde el establecimiento de una relación terapéutica (19) hasta la aplicación de determinados procedimientos y en distintos problemas clínicos (20, 21). Las interpretaciones que se hacen en psicoterapia y que pueden ser muy ajustadas a la teoría del profesional, sea cual sea, lejos de promover una mejoría final, en ocasiones pueden resultar muy dañinas y culpabilizadoras para el paciente y la familia si se toman como una verdad incuestionable. Todo esto, evidentemente, siempre contando con que el desempeño clínico del profesional es bueno, pues los daños que puede producir un mal profesional son obvios.

La investigación sobre los psicofármacos, su eficacia y sus perjuicios está abrumadoramente financiada por la industria farmacéutica, por lo que existe un grave sesgo en la valoración de estos aspectos. De esta manera, los perjuicios que producen los psicofármacos, más allá de los efectos adversos que aparecen en su ficha técnica (algunos de ellos frecuentes y graves como el deterioro de la función sexual que provocan los antidepresivos, o la merma cognitiva que producen los neurolépticos, por ejemplo), tienen que ver con su uso prolongado y con el modelo de tratamiento desde el cual se prescriben. Con la expansión de la industria psicofarmacológica desde los años 90 del siglo pasado hasta la actualidad se ha vendido un modelo de enfermedad biologicista en el que la causa del trastorno mental es un desequilibrio neuroquímico. Para ello se han ido ofertando teorías serotoninérgicas, dopaminérgicas, noradrenérgicas... que han ido cambiando con la aparición de nuevas moléculas prometedoras para los distintos trastornos. El mito del desequilibrio químico ya ha sido muy contestado (22, 23), pero hasta el momento, ha favorecido que los psicofármacos se hayan dispensado de manera universal como el tratamiento adecuado a una "enfermedad cerebral", por periodos perjudicialmente largos (24, 25), muchas veces en múltiples combinaciones y casi siempre como respuesta única o prioritaria. Finalmente, parece que los psicofármacos no corrigen desequilibrios en los neurotransmisores sino que, al contrario, los provocan e inducen estados psicológicos que pueden resultar útiles de forma inespecífica en el tratamiento de ciertos síntomas. Este efecto difuso pone cada vez más en perspectiva su efectividad y alerta sobre los daños que pueden causar, especialmente con su uso crónico (14, 22).

Los diagnósticos categoriales tipo DSM/CIE no tienen un carácter sustantivo, de verdad inmutable, son construcciones cuya vigencia depende del momento histórico, de qué tipo de profesionales ostenta el poder de la disciplina y de los intereses económicos y sociales

que hay detrás (26). El empleo de estas etiquetas simplifica la labor de los profesionales, propicia una investigación cuantitativa en Salud Mental (y queda relegada la investigación cualitativa) y es útil para resolver procesos administrativos que tengan que ver con los problemas mentales como las bajas laborales, las ayudas sociales, etc. Sin embargo, los diagnósticos categoriales son herramientas reduccionistas que limitan en la práctica clínica la comprensión de la singularidad de cada individuo, cosifican su esencia y no captan la realidad, sino que la interpretan. En los últimos decenios su extraordinaria proliferación ha favorecido una psiquiatrización y psicologización desahogada que ha logrado, incluso, alcanzar a la cultura de países en desarrollo y a sus agentes de salud de a pie, cuando precisamente han sido concebidas por especialistas hospitalarios de países occidentales. Esta colonización ideológica de las sociedades económicamente dominantes que desplaza las formas tradicionales y locales de evaluar y experimentar el sufrimiento psíquico no ha sido necesariamente positiva (27).

El desarrollo de la prevención primaria y el cribaje de enfermedades en medicina está llegando a la Salud Mental donde no hay datos "duros" contrastables, proporcionados por la tecnología, sino interpretaciones subjetivas de profesionales en múltiples contextos distintos. La osadía de emitir un diagnóstico avanzado o incluso iniciar un tratamiento preventivo cuando desconocemos tanto de los problemas mentales y por tanto de la evolución y variabilidad singular de cada persona puede ser muy perjudicial. Estos individuos quedan ya marcados por una etiqueta y un tratamiento que a muchos les proporcionará más perjuicios que beneficios (3).

El arte de hacer el mínimo daño

El ejercicio de la prevención cuaternaria no ha de ser una actividad clínica dominada por el miedo a perjudicar al paciente o por el pesimismo de que siempre vamos a dañarlo. Al contrario, es una actividad ilusionante y exigente, que precisa de nuestro compromiso personal y profesional para practicar una clínica más humana y armoniosa.

El punto de partida es conocer bien todas las formas de iatrogenia que se desarrollan en nuestra práctica y que, aunque se deriven de una práctica bienintencionada, están presentes y pueden evitarse o minimizarse. Tenemos que ser conscientes también de los condicionantes externos que nos empujan a intervenir de manera excesiva o inadecuada. La industria farmacéutica, tecnológica y sanitaria que se lucra con ello, las instituciones, el Estado, las propias familias y pacientes inscritos en una sociedad medicalizada, los medios de comunicación que venden tragedias protagonizadas por locos y a la vez, una visión superficial de la psiquiatría y la psicología... nos presionan para que demos una solución sanitaria (que acarrea perjuicios) ante problemas de otra índole. Igualmente, se nos puede demandar una respuesta más contundente y dañina ante conductas que el entorno tolera mal.

La buena noticia es que la intervención última

depende del profesional y debería depender ineludiblemente también del paciente. Está en nuestras manos el desarrollar una práctica clínica que provoque el mínimo daño en nuestros pacientes. Para no perjudicar es fundamental conocernos a nosotros mismos, saber cuáles son nuestras necesidades personales, qué tipo de pacientes y de interacciones pueden evocarlas con mayor facilidad y cómo manejarlas. La peor situación posible es no ver todos estos aspectos, carecer de capacidad de crítica y autoevaluación y pensar que estamos actuando correctamente. Todos, como profesionales, vamos a participar de interacciones que responden a deseos personales y que van a perjudicar directa o indirectamente, así que lo más honesto es aceptarlo y estar alerta para darnos cuenta, aunque sea a posteriori. La monitorización de nuestras emociones, la supervisión del tratamiento así como el trabajo personal, son herramientas fundamentales para proteger a los pacientes de nuestras intervenciones y maximizar nuestra capacidad terapéutica (28). De la misma manera, a nivel intelectual tenemos que desarrollar una actitud crítica, refleja, escéptica y curiosa que nos obligue a estar en formación permanente. No podemos acomodarnos en nuestra teoría favorita y ajustar a todos los pacientes y situaciones clínicas a ella. Tanto el dogmatismo escolástico como el pensamiento único promovido por las grandes corporaciones como la *American Psychiatric Association* o las multinacionales farmacéuticas, propician un reduccionismo simplista que nos aleja de la complejidad humana de nuestros pacientes. Esto supone también ser capaces de desarrollar una buena tolerancia a la incertidumbre y, frente a la actitud del experto que lo sabe todo, aceptar nuestra ignorancia, pero desde la curiosidad y el compromiso de intentar averiguar con el paciente lo que está sucediendo y cómo abordarlo de la mejor manera posible.

El foco de trabajo en Medicina y en Salud Mental ha sido tradicionalmente la enfermedad, los síntomas. La prevención cuaternaria pone el foco en la relación profesional-paciente, condicionada por los principios éticos de no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia. La identificación del riesgo de dañar y la necesidad de proteger al paciente de intervenciones excesivas o impropiedades ha de corresponderse con procedimientos aceptables éticamente. Se busca una relación horizontal en lo posible, con la propuesta activa de toma de decisiones compartidas, favoreciendo la autonomía y la emancipación de los pacientes. En los últimos años han surgido innumerables propuestas en todo el mundo que respaldan este cambio de modelo en medicina y que puede ser trasladado con sus especificidades a la Salud Mental: *less is more medicine* (29), *choosing wisely* (30), *minimally disruptive medicine* (31), *NICE do not recommendations* (32)...

En el campo de la Salud Mental, además de las herramientas clásicas que se emplean en Medicina como el consentimiento informado o las voluntades anticipadas aplicado a pacientes mentales graves que pueden perder su capacidad de tomar decisiones en determinadas situaciones clínicas (33), disponemos de otras que ayudan a proteger al paciente de los excesos y perjuicios de nuestra práctica clínica.

El diagnóstico en Salud Mental está muy lejos de ser un análisis objetivo de un conjunto de hechos eminentemente medibles tecnológicamente. La expresión y comprensión psicopatológica está muy ligada a la cultura y, evidentemente, a la subjetividad del evaluador y su contexto. La etiqueta diagnóstica oculta la singularidad del paciente, la compleja interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales de ese individuo concreto, sus valores, significados, expectativas y necesidades que están inmersos en la cultura como marco organizador (34). Por ello, frente al diagnóstico simplificador, el empleo de narrativas y la formulación de casos en Salud Mental nos proporcionan el significado, contexto y perspectiva del sufrimiento del paciente, define cómo, por qué y de qué manera está enfermo. Estas herramientas (35) permiten, frente a la etiqueta diagnóstica, organizar la información clínica y dar una respuesta más ajustada a la singularidad del paciente.

Antes de iniciar un tratamiento psicológico o farmacológico tenemos que considerar la posibilidad de indicar no-tratamiento. Esta es la intervención paradigmática de la prevención cuaternaria en Salud Mental ya que evita la exposición del paciente a los efectos adversos de los tratamientos. Muchas de las personas sanas que están sufriendo de manera proporcionada y adaptativa ante un evento vital esperan recibir un tratamiento cuando lo prudente es esperar y ver. En estos casos la indicación de no-tratamiento ha de ser una intervención frecuente y fundamental en el día a día. Lo más beneficioso para el paciente será protegerle de los efectos secundarios de un tratamiento impropio y para ello, primero tenemos que escuchar y hacernos cargo del sufrimiento del paciente y luego, con él, desvincularlo de que sea patológico o de que precise una intervención sanitaria y contextualizarlo dentro de su historia vital y de salud. Esta indicación de no-tratamiento es compleja y precisa de nuestras habilidades de entrevista psicoterapéuticas para que el paciente se sienta bien atendido (36). Es la espera vigilante que ha de respetarse, por ejemplo, en un duelo normal, antes de pautar antidepresivos o realizar intervenciones psicológicas. Si un sujeto afronta y resuelve un duelo sin la necesidad de tratamientos, se refuerza su capacidad y autonomía a la hora de enfrentar acontecimientos adversos y de gestionar los sentimientos que producen sufrimiento. Se certifica su salud, su fortaleza y su resiliencia. Sin embargo, si tratamos a una persona que experimenta un duelo normal, igualmente mejorará como el primero (los duelos normales se caracterizan por eso, porque son autolimitados), pero implícitamente se le están transmitiendo otros mensajes: el tratamiento certifica, sino una patología, sí la incapacidad de esa persona de salir adelante por sí misma, su vulnerabilidad y su necesidad de consultar con un experto sanitario siempre que experimente sentimientos que produzcan sufrimiento, aunque estos sean sanos, legítimos y adaptativos. En ningún caso, indicar no-tratamiento es "expulsar" al paciente del sistema sanitario sino resignificar su malestar como una respuesta saludable y adaptativa y promover el afrontamiento del problema subyacente con el apoyo los agentes sociales adecuados:

sindicatos, asociaciones, familia, servicios sociales, amigos, abogados, etc.

En el contexto de la extraordinaria promoción comercial de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica que favorece la creación de unas expectativas irreales en pacientes y profesionales y un uso impropio y excesivo de los mismos, es necesario apelar a un uso juicioso de los psicofármacos. Es imprescindible una prescripción más estratégica, con una estrecha vigilancia de los efectos adversos, ser cauto y escéptico con las novedades comerciales, trabajar con los pacientes en una prescripción compartida y considerar el impacto de los psicofármacos a largo plazo (37). En esta línea de trabajo prudente, la deprescripción es otra actividad crucial, insuficientemente valorada y extendida. Muchas veces se mantienen de forma crónica antidepresivos, neurolépticos y benzodiacepinas, no porque estén aportando un beneficio neto sino por la creencia de que "algo harán". Cuando se suprimen los psicofármacos algunos pacientes empeoran, pero en numerosas ocasiones esto es debido al síndrome de abstinencia que ha producido una prescripción prolongada y su retirada demasiado brusca.

Para la regulación de las medidas coercitivas y favorecer la recuperación de los pacientes más graves, el enfoque de los derechos humanos en Salud Mental es un ins-

trumento que mejora los resultados en salud, favorece el respeto de la dignidad y permite ofrecer una atención más considerada y humana. Esta perspectiva transforma a los pacientes con discapacidad, de receptores de caridad a sujetos de derechos que el Estado está obligado a garantizar como garantiza los de cualquiera, y también de sus correspondientes violaciones (3). En nuestro contexto asistencial el paternalismo y la discriminación con una persona con trastorno mental puede suponer que la toma de decisiones sobre su vida privada esté limitada y el uso rígido y estereotipado de procedimientos, programas e intervenciones vulnera en muchas ocasiones sus derechos básicos.

No podemos ser ingenuos y pensar que nuestras intervenciones en Salud Mental son técnicas y, por tanto, libres de valores. Tampoco somos profesionales genéricos que respondemos a demandas uniformadas por diagnósticos categoriales tipo DSM/CIE y nos adherimos a protocolos, algoritmos de tratamiento y psicoterapias manualizadas específicas, sin más. La relación terapéutica se constituye en el centro de nuestra práctica y solo con una actitud escéptica y autocrítica, las soluciones técnicas y nuestra forma de ponerlas en juego pueden hacer explícitos sus valores y desde ahí construir con el paciente la práctica clínica que le ocasione el menor daño. Y todo el bienestar posible ■

Referencias bibliográficas

1. Quaternary Prevention (P4). *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10 (35).
2. Kuehleln T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitio-ner. *Primary Care* 2010; 10 (18): 350-4.
3. Ortiz-Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Editorial Grupo 5; 2013.
4. Illich I. Nemesiis médica. Barcelona: Barral; 1975.
5. Rendueles G. Psiquiatrización de la ética - Ética de la psiquiatría: el idiota moral. En: Santander F, editor. Ética y praxis psiquiátrica. Madrid: AEN Colección Estudios; 2000.
6. Healy D. Serotonin and depression. *BMJ* 2015; 350, h1771.
7. Moncrieff J. The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Macmillan; 2008.
8. Roche G. A philosophical investigation into coercive psychiatric practices [Internet]. Tesis Doctoral. Universi-

- ty of Limerick; 2012. Available from: criticalpsychiatry.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=284:a-philosophical-investigation-into-coercive-psychiatric-practices-roche-g&catid=34:members-publications&Itemid=56.
9. Ortiz-Lobo A. El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. *Norte de salud mental* 2014; 49: 3-28.
 10. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 436-41.
 11. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE. Training implications of harmful effects of psychological treatments. *Am Psychol* 2010; 65: 34-49.
 12. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe-a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 3-8.
 13. Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eu Psychiatry* 2010; 26 (4): 201-7.
 14. Ortiz-Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85 (6): 513-25.
 15. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007; 36 (2): 253-9.
 16. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychol Bull* 2008; 134 (5): 648-61.
 17. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560.
 18. Sijbrandji B, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Gersons BPR. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 150-5.
 19. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *Am J Psycho* 2002; 56: 244-60.
 20. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspec Psychol Sci* 2007; 2: 53-70.
 21. Mohr. Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psyc: Sci Pract* 1995; 2: 1-27.
 22. Moncrieff J. Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder; 2014.
 23. Healy D. The creation of psychopharmacology. Cambridge MA: Harvard University Press; 2002.
 24. Moncrieff J. antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? *PLoS Med* 2015; 12 (8): e1001861.
 25. Fava G. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 123-33
 26. Whitaker R, Cosgrove L. Psychiatry under the influence: institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2015.
 27. Timimi S. Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID) [Internet]. Available from: <http://www.criticalpsychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID12.pdf>.
 28. Safran JD, Muran JCh. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003.
 29. Otte I. Less is more [Internet]. Available from: <http://www.lessismoremedicine.com>.
 30. ABIM Foundation. Choosing wisely [Internet]. Available from: <http://www.choosingwisely.org>.
 31. MDM. Minimally disruptive medicine [Internet]. Available from: <http://minimallydisruptivemedicine.org>.
 32. National Institute for Health and Care Excellence [Internet] Available from: <https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection?page=1&pageSize=2000&type=Do+not+do&published=&impact=Unclassified&filter=>.
 33. Ramos S, Román B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2014; 34 (121): 21-35.
 34. Launer JA. Narrative approach to mental health in general practice. *BMJ* 1999; 318: 117-9.
 35. Mata Ruiz I, Ortiz-Lobo A. Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009.
 36. Ortiz-Lobo A, Murcia-García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009.
 37. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med* 2011; 256 (1).

La cuestión: no psiquiatrizar

Hugo Pisa

Médico especialista en psiquiatría
Presidente del Capítulo de Psicogeriatría (APSA)
Director Médico de Integra Más
E-mail: hugo.pisa@gmail.com

*“En realidad, es aquel que llamamos
mentalmente sano el que se aliena,
puesto que consiente vivir en un mundo
definido por la relación entre yo y los otros”*
Claude Lévi-Strauss

Introducción

Un hombre de 48 años consultó por sentirse *muy agobiado por todas las cosas que tenía que enfrentar*. Refirió que su médico clínico le solicitó un chequeo completo que *“dio todo normal”*. Ante esto le sugirió *que tal vez un antidepresivo podría ayudarlo*. *“Así que aquí estoy...”*, dijo.

¿Es el paciente el que busca una solución “biológica” a su malestar o es el psiquiatra el que sólo apela a respuestas “biológicas” para tratar los malestares que presentan los “pacientes”?

Es conocida la situación en la cual una persona asiste a la consulta debido a “quejas” o “síntomas” que le produce el hecho de vivir. En sus propias palabras define lo que le ocurre como *ansiedad, tristeza, demasiadas preocupaciones, miedos, irritabilidad, cansancio, aburrimiento*. Son expresiones que no califican como criterios para diagnosticar un trastorno mental. Y aun así, reciben tratamiento psicofarmacológico (en varios casos por el médico de cabecera). Situación que se produce en el 20% a 30% de los pacientes que concurren a un servicio de

Resumen

Ansiedad, tristeza, preocupaciones, miedos, irritabilidad, cansancio, aburrimiento son situaciones a las que nos enfrenta la vida. No califican como trastornos psiquiátricos y sin embargo son tratados como tales. Hablamos de psiquiatrización de la vida cotidiana. El presente trabajo tiene por objetivo prevenir dicha psiquiatrización. Para ello se desarrollarán diferentes aspectos tendientes a explicar el origen de las demandas por parte de los pacientes y de las respuestas dadas por el psiquiatra. Se propone, además, una reflexión sobre nuestra práctica.

Palabras clave: Psiquiatrización - Sociedad - Ciencia - Cientificismo - Prevención cuaternaria.

THE MATTER: NO PSYCHIATRIZATION

Abstract

Anxiety, sadness, worries, fears, irritability, fatigue, tedium, are situations that life confront us with. They don't qualify as psychiatric disorders, but nevertheless they are treated as though. We refer to the psychiatrization of daily life. The aim of this article is to prevent such psychiatrization. To support this assertion, we are going to develop different aspects tending to explain the origins of the patient's demands and the answers given by the psychiatrist. A critical reflection of our practice is proposed.

Key words: Psychiatrization - Society - Science - Scientism - Quaternary prevention.

salud mental (1). En este contexto, los antidepresivos son los más utilizados (2). Asistimos, como psiquiatras, a un incremento de demandas que tienen que ver con sentimientos de malestar vinculados con los avatares que nos plantea la vida cotidiana. En palabras de Manuel Desviat, tenemos “*un miedo continuo -al fracaso, a la ganancia de peso, a la vejez, al afuera, al adentro, al compromiso, a las emociones- que genera el estilo de vida del que se nos hace responsables [Culpables] y nos lleva a transitar la vida entre el vacío y la ansiedad*” (3).

De la misma manera que los tratamientos psicofarmacológicos son utilizados con eficacia en diferentes trastornos psiquiátricos severos, ¿se podrían utilizar de forma similar para “los males” que nos aquejan todos los días? Se preguntan los autores Charlton y Mckenzie, quienes abogan por una *psicofarmacología paliativa* (4). Plantean que existe una cultura con respecto al alivio sintomático, como es el caso de los medicamentos de venta libre (p. ej., analgésicos). En estos, tanto la decisión como la evaluación de la eficacia, corren por cuenta del paciente. El profesional sólo aconseja sobre los beneficios o riesgos. En esta línea plantean la demanda por parte de los pacientes del uso de fármacos destinados al alivio de síntomas “emocionales”; situación que se ve limitada en la actualidad por el hecho de requerir recetas. En síntesis se preguntan: si el psicofármaco hace bien, ¿por qué no?

El paciente concurre a la consulta (des)informado: tanto en revistas como en diarios masivos colegas explican de “manera sencilla” cómo una persona puede llevar cabo su propio diagnóstico “precoz”. Se enumeran los síntomas que caracterizan un trastorno psiquiátrico determinado a partir de una explicación “científica”.

El profesional por su parte, objeto de esa demanda, prescribe un tratamiento psicofarmacológico o solicita estudios innecesarios y costosos (como dosajes de diferentes reactivos de probada ineficacia clínica).

Nos encontramos frente al desafío que implica dejar de lado una práctica que nos impone determinados lineamientos técnicos-biológicos tendientes a explicar “lo que nos pasa” y volver al uso de una reflexión que incluya a los valores, aspectos culturales y filosóficos que se encuentran involucrados en la atención de todos los días. “*Uno de los principales debates que tiene hoy la psiquiatría y la psicología es determinar el límite de sus prestaciones*”, sugiere Desviat.

El presente trabajo intenta responder el interrogante planteado al comienzo con el objetivo de *prevenir la psiquiatrización* de aquellas situaciones que se relacionan con las dificultades de la vida y que no deberían ser pasibles de un tratamiento psiquiátrico. Para ello se desarrollarán diferentes aspectos tendientes a explicar el origen de las demandas por parte de los pacientes. Y del mismo modo las respuestas dadas por el psiquiatra, porque de esas demandas se derivan, de manera cada vez más frecuentes, nuestras intervenciones. Se propone (y se impone), además, una reflexión sobre nuestra práctica.

Psiquiatrización y sociedad

Un hombre de 81 años asiste a la consulta con una nota de su médico clínico que dice: “*paciente difícil; solicitud evaluación profunda para inicio de antidepresivo*”.

En el 2002, un artículo de la revista *BMJ* impulsó un debate sobre qué es y qué no es una enfermedad y llamó la atención sobre la creciente tendencia a clasificar los problemas de la gente como enfermedades (5). Si tomamos ese objetivo como propio diremos que *Psiquiatrizar* sería el hecho de definir como *psiquiátrico* a un problema que puede no ser de esta índole o que, siéndolo, no justifica una intervención desde la psiquiatría (6, 7). En esta línea -desde la mirada que implicaría este proceso expansivo- podríamos referir como ejemplos la tentación de psiquiatrizar procesos vitales como la infancia y la vejez o igualar el concepto de factores de riesgo con el de enfermedad (8). Asimismo que se definan y diagnostiquen como enfermedades “síntomas” que no lo son: la tristeza, el miedo, la timidez, la indisciplina infantil, el fracaso escolar, el cansancio, el estrés, la ansiedad, el aburrimiento (9). Es decir que, ni más ni menos, corremos el riesgo de indicar un tratamiento a personas que no lo necesiten.

La medicalización (*Psiquiatrización*) homogeneiza los sufrimientos. Despoja al individuo de su posibilidad de crear y elaborar a partir de sus propios recursos la solución al problema que lo aqueja. Contribuye, por otro lado, a estigmatizar; y puede tener consecuencias económicas en los pacientes, como resultado de realizar un tratamiento y estudios innecesarios de un costo elevado (10). Es un fenómeno cultural moldeado por determinantes socio-históricos, políticos y económicos.

Si tomamos en cuenta a Duchêne -citado por Stagnaro- quien manifiesta que para cada época y lugar la asistencia psiquiátrica resulta del entrecruzamiento estructural de tres formas mayores: las concepciones doctrinales sobre la locura, los recursos terapéuticos existentes y la estructura política y socioeconómica de la sociedad (11); diremos que el proceso de psiquiatrización se desarrolla a expensas de la creación de nuevas categorías diagnósticas que tienen su correlato en el aumento de la prescripción de psicofármacos (12). Dicho de otro modo, si justificamos o explicamos desde la psiquiatría situaciones de displacer cotidianos; podemos “justificar” o “explicar” el tratamiento correspondiente.

El tema podríamos resumirlo de la siguiente manera: si ciertas situaciones vitales son definidas como trastornos las personas consultarán por los mismos. Al respecto, los psicólogos Francesc Sáinz, Antoni Talarn refieren: “*Es evidente que cuando se nos presenta un paciente con una demanda basada en su supuesta incapacidad para hacer frente a la vida cotidiana es por algo. (...) nos está diciendo que algo falla y que deben de existir razones para que este fallo se produzca*” (13). Pero como está obligado a seguir, no puede perder el tiempo. “Si no lo solución es porque no quiere”; porque solución hay y es médica (psiquiátrica). En este sentido, los mismos autores son categóricos cuando afirman: Las personas respondemos a los mensa-

jes que recibimos. Y los mensajes de hoy día nos dicen: “si estás mal es que tienes un problema; si tienes un problema seguro que se puede resolver; hay expertos que te pueden ayudar; la ciencia tiene respuesta para todo; la felicidad es no tener problemas; la salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social”.

Ciencia y cientificismo

Una mujer de 37 años consulta por sugerencia de su médico clínico: “*me hizo un análisis y salió que tengo la serotonina baja. Dice que me tienen que dar un antidepresivo para nivelarla*”. A la evaluación no presenta sintomatología de ningún trastorno psiquiátrico.

De un lado las expectativas de los pacientes; del otro, la de los profesionales. En ambos casos, al parecer, se han incrementado. La psiquiatría borró sus límites tradicionales al mostrarse disponible para el tratamiento de situaciones relacionadas a problemas de otras esferas como sociales, laborales, económicas e incluso personales. A propósito, nos interpela el psiquiatra Philip Thomas: “*Comenzaré -dice- con una afirmación: la buena praxis en psiquiatría implica necesariamente un compromiso con la parte no-técnica de nuestro trabajo, como los significados, valores y relaciones. (Surge un problema): la psiquiatría está dominada por un paradigma científico o tecnológico que considera estos elementos secundarios. Una muestra de esto es la importancia que se da a las clasificaciones, los modelos de enfermedad “causales”, y, a través de la medicina basada en la evidencia, la concepción del cuidado como una serie de intervenciones separadas, que se analizan y miden independientemente de su contexto*” (14, 15).

Profundizaremos sobre “el problema” con la intención de iniciar un debate (necesario) respecto de lo científico versus lo científico. Y las consecuencias que terminan por vislumbrarse en la práctica.

¿En qué consiste el paradigma biológico? En pocas palabras consiste en entender (o pretender entender) nuestros problemas, sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones mediante el mismo método científico que usamos para investigar los problemas de hígado, corazón o pulmones. Situación que presenta un contrapunto innegable: el límite de la ciencia. Cuando ésta contempla lo humano se produce un choque entre un método y teorías científicas esencialistas con lo singular existencial. Frente a un determinismo biológico científico, se defiende la libertad humana ensombrecida por un determinismo no biológico sino biográfico e inconsciente, no alcanzable por la ciencia (16). Nuestro trabajo, aquí, será el de establecer puentes entre la biología y la biografía (17).

Si tenemos en cuenta que el autor es un científico quedará sin efecto una de las críticas que se realizan con frecuencia: la de tildar de “humanistas”, “falsos psiquiatras” o “psicoanalistas” (utilizado de manera peyorativa para dejar entrever que el profesional tiende a buscar una explicación sin basamento científico). Sin ánimo de polemizar en ese sentido, pondremos el acento en la siguiente situación por considerarla de riesgo para el paciente. Esta es la de llevar a cabo una crítica (y práctica)

a partir de una postura *cientificista*. Que no sería otra cosa que una exageración basada en creer que la ciencia es la única posibilidad de conocimiento (18). Desde esta posición la subjetividad de la persona se torna accesible a la ciencia; se puede observar, medir y sobre todo modificar con el consecuente riesgo de psiquiatrizarse y/o medicalizarse.

De la misma manera, nuestro autor nos plantea que es tan legítimo aspirar al conocimiento científico del ser humano como absurda la interpretación científico de su psique. Llegando -según sus palabras- al ridículo cuando se utilizan técnicas de imagen funcional para explicar cualquier cosa y hacerlo, si es posible, en relación con genes, neurotransmisores y modelos animales (16).

Esta situación podría pasar inadvertida si sólo se realizara en laboratorios encargados de investigar con el objetivo claro de incrementar un conocimiento determinado. Pero, ¿qué ocurre si ese afán científico con pretensión de explicarlo todo desde una mirada reduccionista se traslada a la clínica? Se someterá al paciente a estudios innecesarios o, lo que es peor, será el mismo paciente el que lo solicite.

La postura científico se asienta en la “Fe” de que la ciencia es la única y verdadera fuente de esperanza para el ser humano, a partir de pensarla como “la” posibilidad de arribar a una explicación. Esto, sin duda, tiene una buena recepción y eco en un mundo fascinado por la tecnología que, al mismo tiempo que nos facilita algunas cosas, nos aliena.

La sociedad actual: una explicación que explique

Hombre de 79 años, dijo: “*Tengo dos problemas: no quiero trabajar más y me siento solo... ¿Debo seguir tomando la medicación?*”

Si el título fue categórico -“*El auge de la enfermedad imaginaria*”-, la línea que resumió el artículo lo fue aún más: *Los intereses económicos y profesionales inducen a medicalizar procesos que no son patológicos* (19). Dice, entre otras cosas, que la medicina hizo suyos numerosos problemas que antes no eran asunto médico y para los que a menudo no existe una solución eficaz. Cita el estrés, la fobia social, la impotencia sexual, el colon irritable, las adicciones (al juego, a Internet o al sexo), e incluso la menopausia, la calvicie, la soledad o el trabajo.

Ahora bien, trataremos de analizar los motivos por los cuales existe un campo fértil para que esto ocurra. Si bien la intención será abarcativa, persigue -principalmente- dos objetivos: continuar con la reflexión que venimos haciendo y profundizar sobre los determinantes que se encuentran involucrados en la *psiquiatrización*.

En *Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar*, los autores concluyen que *las personas experimentan como enfermedades las contradicciones propias del sistema social* (20). Veamos. La búsqueda de la felicidad. El ansia de felicidad. Ser feliz se convirtió en un imperativo de época. Al extremo de pensarla como un derecho y obligación; llegando al punto de confundir su falta con enfermedad (21). Salimos en su búsqueda a partir del

consumo y el individualismo. Pero a poco de andar, su marcha se detiene y aparece el malestar por no cumplir con lo que se le impone. El sociólogo Alain Ehrenberg en su libro *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad* sostiene que las reglas sociales le exigen al individuo que se haga cargo de su responsabilidad e iniciativa, y éste se descubre con un sentimiento de insuficiencia frente a exigencias que lo sobrepasan. De la misma manera se refiere al *paciente ideal* como un interlocutor activo; es decir, responsable, alguien que sabe reconocer por sí mismo sus síntomas de recaída y se hace cargo de consultar con el psiquiatra. El paciente queda así, involucrado tanto en su éxito como en su fracaso. El ideal de la alianza terapéutica pasa, entonces, por transferir la responsabilidad médica al paciente (22).

Toda época tiene sus enfermedades emblemáticas -dice el filósofo Byung-Chul Han al comienzo de su libro *La sociedad del cansancio-* (23). Y prosigue, más adelante, *“El comienzo del siglo XXI, desde un punto de vista patológico, no sería ni bacterial, ni viral [como lo fue anteriormente], sino neuronal”* (23). Se refiere, entre otras, a la depresión, el trastorno límite de la personalidad o por déficit de atención. Para este autor la sociedad actual no es *disciplinaria* (como lo desarrollara Foucault), sino una *sociedad de rendimiento*. En la primera, donde rige el “no”, genera locos y criminales; en la segunda, en cambio, depresivos y fracasados. Esta sociedad se relaciona con los verbos *hacer* y *poder*, a su vez, vinculados con el incremento de la productividad. Se desplaza, así, el imperativo del deber disciplinar a una presión por el rendimiento, por el “producir”. Y esto es lo que termina por enfermar. La persona se encuentra sometida a sí misma. Este contexto convierete a la actualidad en un terreno fértil para el uso de medicamentos relacionados -fácil y falsamente- con el incremento de la producción y eliminación del cansancio.

Lo que sigue podría ser considerado de ciencia ficción pero está publicado. ¿Qué puede hacer la psicofarmacología para mejorar la condición humana?, se pregunta el artículo en cuestión. Para empezar, dice, puede ayudar a curar enfermedades, aliviar y mejorar nuestros síntomas y funciones para que podamos seguir adelante con la vida. Muchas personas utilizan drogas para adaptarse a sí mismos a los ritmos y exigencias de la sociedad industrial. Esto puede ser necesario para hacer frente a las largas horas de trabajo, cuando nos sentimos mal o cansados, y cuando se espera una alta eficiencia. La evidencia demuestra que una gran proporción de personas que no muestran ningún síntoma detectable se puede beneficiar con un antidepresivo. Son medicamentos que elevan el potencial de gratificación. Por este motivo la prescripción de antidepresivos debería estar disponible a petición (24).

Este pensamiento no desapareció. Circula. Se puede, como vimos, leer. Y también escuchar, escondidos detrás del ropaje que brinda, por ejemplo, la sugerencia de “diagnosticar de forma precoz”. De esta manera, un malestar cotidiano puede convertirse en un potencial trastorno depresivo y como sabemos, la depresión es uno de los factores de riesgo suicida más importantes. Así, tratando a tiempo, prevenimos nada más y nada menos que

un potencial suicidio. Esta ecuación lineal que podría ser tildada, sin duda, de simplista -o, incluso, de extremista- no hace otra cosa que confrontarnos con una realidad donde este tipo de razonamientos se convirtieron más en la regla que en la excepción. En tal sentido, como sugiere la psicoanalista Ana María Fernández, nuestra profesión tiene siempre una dimensión ético-política (25).

La psiquiatría: una reflexión final

Una mujer de 38 años consulta para una evaluación por referir que la medicación *“la duerme mucho”*. Explica que su médico de cabecera se la prescribió al verla angustiada. Relata como motivo de la misma lo siguiente: *“Pensé que estaba embarazada; pero sólo tenía un atraso... Hace tres años que estamos buscando”*.

En ocasiones las reflexiones más sencillas son las que generan los debates más profundos. Por ejemplo, ante la afirmación de que el avance de la psiquiatría en las últimas décadas se ha basado en un modelo biomédico que fomenta los tratamientos psicofarmacológicos como verdaderas *“panaceas”* para múltiples problemas, el psiquiatra Duncan Double manifestó su escepticismo respecto de este enfoque y sugirió que la psiquiatría debe moderar y complementar el punto de vista biológico con la comprensión psicológica y social, reconociendo así las incertidumbres de la práctica clínica (26). Ahora bien, el artículo en cuestión se encuentra fechado en el 2002. ¿Tanto la afirmación como el comentario son anacrónicos o siguen manteniendo una actualidad indiscutible?

Escuchamos y repetimos preceptos sin pensarlos ni cuestionarlos; y, lo que es peor, pensamos a partir de ellos. En general, las argumentaciones suelen ser pobres, pero la eficacia de las mismas se encuentra, justamente, en el hecho de que no se las discute. Como dijimos: se repite. Dejamos así de lado nuestro *“sentido”*, nuestra capacidad de análisis.

Sin duda el debate continúa abierto. En estas circunstancias, se hace imprescindible reivindicar una psiquiatría crítica, para esto es necesario formar psiquiatras críticos que sean capaces de cuestionarse sus prácticas por el bien de los pacientes y de la especialidad.

Partimos de la base que las intervenciones que realizamos, entre ellas el diagnóstico y el tratamiento, son hechas con la mejor intención. Aún en aquellas situaciones que podríamos definir como vitales y para cuya resolución podría haber bastado sólo *“un tiempo”*.

Cuando asiste a la consulta una persona porque no sabe manejar a sus hijos, porque se está por jubilar, porque tiene problemas económicos, porque no sabe si tiene que separarse o seguir, no debemos diagnosticarlo. Así de simple. Limitar el uso de *“diagnósticos”* para las demandas que nos depara la vida puede ser beneficioso para el paciente, para el psiquiatra y para el sistema de salud.

Por último, tener en cuenta (en estos casos) que la indicación de no-tratamiento es una intervención terapéutica de gran valor (27).

“No estoy deprimido, estoy solo”, dijo el paciente ■

Referencias bibliográficas

1. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria* 2006 Dec; 38 (10): 563-9.
2. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria* 2005 Feb 28; 35 (3): 152-5.
3. Desviat M. Prólogo. En: Retolaza A, coordinador. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 9-12.
4. Charlton BG. Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry* 2004 Sep; 185: 194-5.
5. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 883-5.
6. Natella G. La creciente medicalización contemporánea. Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En: Cannellotto A, Luchtenberg E, coordinadores. Medicalización y sociedad: Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades. San Martín: Universidad Nacional de Gral. San Martín UNSAM EDITA; 2010. p. 17-52.
7. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007 Feb 24; 369(9562): 700-2.
8. Levín SA. Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). *Vertex* 2014 May-Jun; 25 (115): 225-30.
9. Gérvas, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 127-34.
10. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.
11. Bertran, GF. Hospital de día: particularidades de la clínica. Buenos Aires: Minerva; 2004. p. 15.
12. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* 2005 Summer; 41 (3): 249-67.
13. Sáinz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en salud mental [Internet]. *Intercanvis* 2009; 23: 59-67. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/23/art_n023_08R.html.
14. Thomas P. La psiquiatría más allá del paradigma actual: el rol de la narrativa psiquiátrica [Internet]. *postPsiquiatría*; 2014. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.ar/2014/01/la-psiquiatria-mas-alla-del-paradigma.html>.
15. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001 Mar 24; 322 (7288): 724-7.
16. Peteiro Cartelle J. La ciencia y la dominación autoritaria del sujeto [Internet]. *Intercanvis* 2014; 32: 93-104. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/32/art_n032_13R.html.
17. Maglio F. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011.
18. Peteiro Cartelle J. El autoritarismo científico. Málaga: Ediciones Miguel Gómez; 2010. p. 50-7.
19. El auge de la enfermedad imaginaria [Internet]. Diario El País. 02 julio 2002; Disponible en: http://elpais.com/diario/2002/07/02/salud/1025560801_850215.html.
20. Talarn A, Rigat A, Carbonell X. Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma*. 2011; 29: 325-340. Disponible en: <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/118>.
21. Peteiro Cartelle J. El autoritarismo científico. Málaga: Ediciones Miguel Gómez; 2010. p. 100-4.
22. Ehrenberg A. La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000. p. 218-43.
23. Han BCh. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder Editorial; 2012. p. 11-33.
24. Charlton BG. Psychopharmacology and the human condition. *J R Soc Med* 1998 Nov; 91 (11): 599-601.
25. Fernández AM. Jóvenes de vidas grises: psicoanálisis y biopolíticas. Buenos Aires: Nueva Visión; 2013. p. 92.
26. Double D. The limits of psychiatry. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 900-4.
27. Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Publica* 2011 Nov-Dic; 85(6): 513-25.

La psicoterapia, la niña mimada del campo de la salud: ¿Útil siempre y jamás dañina?

Martín Agrest

*Licenciado en Psicología
Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: magrest66@gmail.com*

Introducción

Parecería que a los psicoterapeutas nos gustaría creer que nuestra práctica tiene una relación “especial” con las leyes, presupuestos y costumbres que regulan al conjunto de las tecnologías asistenciales del campo de la Salud. Bajo ciertas circunstancias, el nuestro es simplemente otro abordaje de este fértil campo, una prestación más en cualquiera de los sistemas (o subsistemas) de Salud que, si se precia de razonable, no debería dejar de cubrir (1, 2). Pero, en otras, cuando todos los otros abordajes reconocen la existencia de errores, falencias o limitacio-

nes a los anhelados beneficios irrestrictos, estamos por fuera de él. Nos gustaría creer que tiene todo lo bueno de este campo y que logramos escapar a todo lo malo. En suma, que tiene todas las virtudes del resto sin ninguno de sus problemas o defectos.

En el campo de la Salud, y en ello no nos diferenciamos demasiado del resto, impera la ilusión generalizada que *más siempre es mejor; antes siempre es mejor, y algo siempre es mejor que nada*. Pero cuando llega el momento de aceptar que también en nuestro campo podrían

Resumen

El presente trabajo revisa las características de la psicoterapia a la luz de las consideraciones acerca de su supuesta invariable utilidad y de su supuesta incapacidad de producir daños a los consultantes. Se parte de problematizar la diferencia entre otras prácticas del campo de la Salud y las psicoterapias en el campo de la Salud Mental, utilizando los conceptos de necesidad, oferta y demanda para comprender la dinámica de la atención psicoterapéutica.

Su uso en tratamientos sin diagnóstico de trastorno mental y la explícita atención especializada del malestar son discutidos en base a estudios internacionales de prevalencia y eficacia.

La potencialidad de generar daños, su sub-registro por parte de los psicoterapeutas y las propuestas para limitar dichos efectos son revisados.

Por último, a partir de estos desarrollos, se problematiza la inscripción de la psicoterapia en el campo de la Salud.

Palabras clave: Psicoterapia - Prevención cuaternaria - Resultado de tratamiento - Daño - Salud Mental.

PSYCHOTHERAPY, THE PRECIOUS GIRL IN THE HEALTH FIELD: ALWAYS USEFUL AND NEVER HARMFUL?

Abstract

The present paper reviews some psychotherapy's features through the light of it's alleged supposedly invariant usefulness and incapacity to harm consultants. Differences between general health field and mental health field are discussed with the assistance of the concepts of necessity, supply and demand, in order to understand psychotherapeutic supply dynamics.

Its use with non-diagnosed clients and the explicit decision to give assistance to people ailed with discomfort are discussed based on international studies on prevalence and efficacy of psychotherapy.

Its harmfulness, underreporting by psychotherapists and specific proposals to reduce it are reviewed.

Some considerations regarding psychotherapy as part of the health field are discussed.

Key words: Psychotherapy - Quaternary Prevention - Treatment outcome - Harmful - Mental Health.

existir las dosis excesivas, los tratamientos anticipados inadecuados de enfermedades que nunca existirán y tratamientos mínimos o estudios complementarios que producen más daño que su completa ausencia, acá ya no somos tan parecidos. ¿Podemos hablar de una psicoterapia excesiva? ¿Hay abordajes preventivos innecesarios o tratamientos psicológicos que no debieran comenzar, diagnósticos que perjudican tanto o más que lo que benefician, o efectos adversos directos o indirectos de nuestras intervenciones? En síntesis, ¿será posible que no sea siempre útil y hasta, tal vez, pudiera ser dañina?

En el resto del campo de la Salud no son pocos los estudios dedicados a estos temas a lo largo de varias décadas (3-6) y el estudio de la iatrogenia cuenta con departamentos especializados enfocados en la "seguridad del paciente", el tema del "error médico" y otros deslices (7, 8, 9). Desde Ivan Illich y su *Némesis médica, la expropiación de la salud* (10), el interés y la preocupación por el tema ha sido creciente. En el caso de la psicoterapia debemos reconocer que, al amparo de su supuesta incapacidad para tener "efectos de deterioro" (11), "generar efectos adversos" (12), tener "efectos negativos" (13), "producir daños" o, como ya decía Freud (14) -aunque atribuyendo el problema a particularidades psíquicas del paciente y no al tratamiento-, dar lugar a una "reacción terapéutica negativa", son aún escasos los estudios sobre la iatrogenia y el problema de los errores parecería que pudiera correr por cuenta del propio terapeuta.

Si bien existe un terreno de aplicación de la psicoterapia, el ámbito privado, en el cual paciente y terapeuta pueden ponerse de acuerdo sin la presencia ni necesidad de un tercero en cuestiones como el honorario, las con-

diciones para el inicio y, eventualmente, para su finalización, en el ámbito público las decisiones son algo distintas y las prestaciones incluyen a nivel sistémico la necesidad de considerar que los recursos aplicados a la solución de un problema dejarían de estar disponibles para aplicarlos a otros. Las consideraciones que se harán en este artículo se aplican fundamentalmente, aunque no de modo excluyente, al uso de la psicoterapia en este último ámbito.

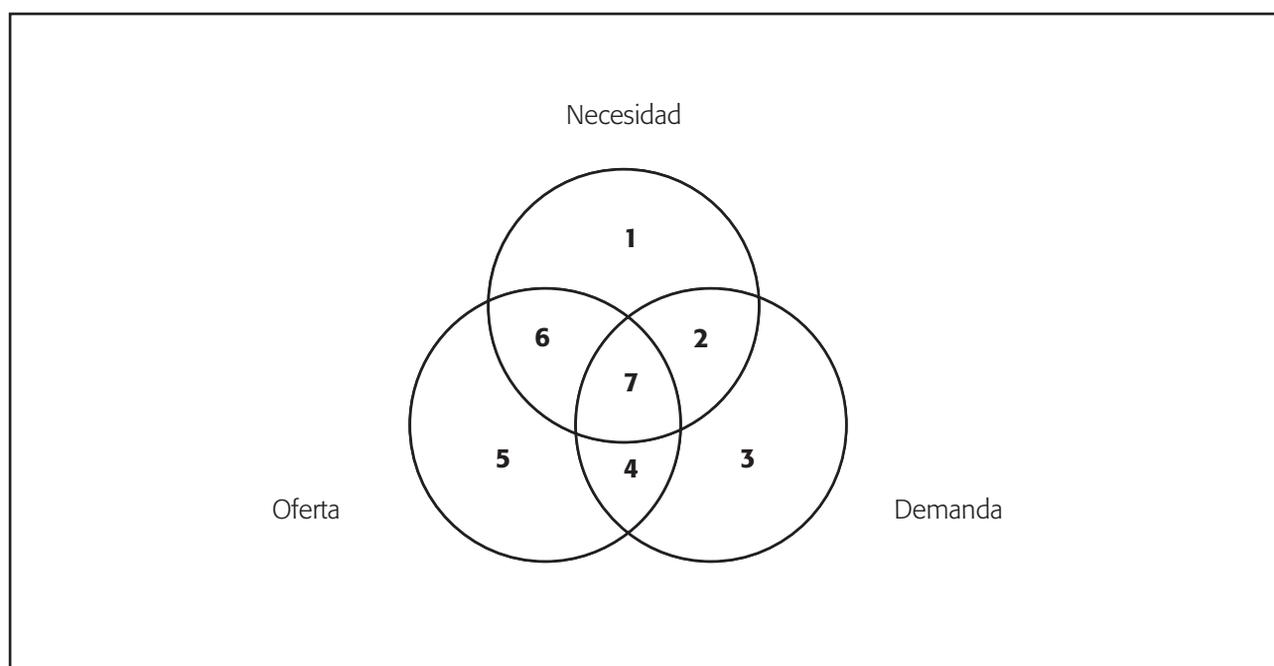
El presente trabajo se enfoca en presentar y analizar la evidencia recogida en estudios que abarcan dos problemas: a) La necesidad y utilidad de ampliar el uso de la psicoterapia (tanto en términos del uso y sobreuso de diagnósticos, su ampliación a momentos preclínicos, sub-umbrales o de espectro, el inicio de tratamientos sin diagnóstico de trastorno mental, las psicoterapias centradas en el malestar y en la búsqueda del "mejor estar" y la prolongación de los tratamientos); b) La existencia de riesgos derivados de su utilización (el problema de su potencialidad dañina, las fuentes de problemas y los dominios en los que se manifiesta, y las estrategias propuestas hasta el momento para limitar dicha potencialidad).

Para poder valorar estos problemas se presenta un esquema general de cómo se interrelacionan algunos conceptos en la provisión de servicios de salud.

Esquema de la interrelación entre necesidad, demanda y oferta en Salud y Salud Mental

Se suele aceptar que en el campo de la asistencia sanitaria se conjugan tres dominios (necesidad, demanda y oferta), configurando siete situaciones diferentes (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Necesidad, demanda y oferta de servicios de salud.



Tomado y modificado de Anseán (15)

Las *necesidades* en Salud Mental, como en otras áreas de la salud, están parcialmente cubiertas, ya sea que existen pero no se expresan como demanda (Nº 1 + Nº 6), que se expresan como demanda pero no hay oferta que las atienda (Nº 2) o que no son abordadas por la oferta ni registradas como demandas (Nº 1). En cambio, cuando se encuentran expresadas como demanda y se concretan como asistencia a través de la oferta estamos frente a necesidades cubiertas (Nº 7).

La *oferta* en Salud Mental abarca tanto aquellos servicios que son demandados sin necesidad (Nº 4), los que responderían a una necesidad que no se efectiviza al no expresarse como demanda (Nº 6), tanto como aquellos que se demandan con necesidad (Nº 7), y, por último, otra parte que consiste en la oferta de aquello que no es necesario ni tampoco es demandado (Nº 5).

La *demanda* en Salud Mental incluye aspectos no satisfechos por la oferta (Nº 3 + Nº 2), ya sea que hubiera necesidad (Nº 2) o que no fuera reconocida como necesidad de atención (Nº 3), otra parte en donde se encuentra con la oferta (Nº 4 + Nº 7), abarcando tanto la atención innecesaria (Nº 4) como aquella justificada por la necesidad (Nº 7).

Oferta, demanda y necesidad no son estáticas y cada una es tanto generadora de cambios en las otras dimensiones como susceptible de ser influenciada por aquellas. Una importante oferta de servicios puede hacer que la demanda también aumente e, incluso, que hasta la concepción social o sanitaria (la necesidad) se modifique. En este sentido, las dimensiones son dinámicas y sus influencias son recíprocas y no lineales. La idea simplista que las necesidades determinan la demanda y que ésta determina la oferta es cuanto menos ingenua. La necesidad en Salud Mental, tal como es considerada mayormente por los profesionales, viene en ascenso y para verificarlo solo hace falta ver el crecimiento del número de diagnósticos y de páginas del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana desde su primera hasta la quinta y más reciente versión. La oferta, a excepción de las camas de internación prolongada, también (16). A nivel local, los estudios sobre la evolución de la demanda en el sistema público se reducen al número de consultas aunque, como se deduce del Gráfico 1, eso representa tan sólo una parte de la demanda.

El área Nº 7 es la medida del funcionamiento óptimo del sistema, según lo cual su mayor tamaño sería indicador de un funcionamiento sensible y específico. La provisión de servicios necesarios a personas que los demandan es el ideal de accesibilidad, con sensibilidad y especificidad, aunque todavía no sepamos nada acerca de la calidad con la que se ofrecen o el grado en que logran resolver los problemas que motivan la demanda.

El área Nº 4 representa la ineficiencia de la atención, la parte innecesaria de la accesibilidad, allí donde oferta y demanda se encuentran pero sin necesidad.

El área Nº 3 representa lo demandado por las personas que el sistema asume como sin necesidad y sin oferta que la aborde. Podría considerarse a esta área como la

consecuencia de estímulos no específicos de las sociedades al consumo de tecnología profesional sin necesidad ni oferta, determinando fuertemente la insatisfacción de las personas con los servicios, algo que se habría visto reflejado mejor (contrariamente a la intuición) en el tamaño de la oferta que en la calidad de la respuesta a las demandas. A mayor oferta, mayor insatisfacción (17) y, como variante de la Ley de Roemer (18), mayor demanda (15). Su desarrollo expresa el conjunto de la gente que siente que necesita ayuda, aunque el resto no reconoce esa necesidad ni tampoco existe una oferta de servicios que la atienda. La sobreoferta (Nº 5), lejos de calmar o satisfacer la demanda, parecería incentivar una mayor demanda sin necesidad (Nº 3 + Nº 4).

El área de Nº 2 resume al conjunto de las necesidades aceptadas por el sistema como tales, encarnadas en una demanda de tratamiento, para la cual no hay servicios ofrecidos. En los casos de escasa oferta, esta área representa mayoritariamente la insatisfacción de las personas con el sistema.

El área de Nº 5 es en buena medida el reverso o lo opuesto de Nº 2: acá hay una (sobre)oferta de servicios que no se justifica por una necesidad ni tampoco satisface o se encuentra con demanda alguna. Sería el caso de consultorios psicológicos vacíos, carentes de consultas o pacientes, para dar respuesta a problemas no reconocidos como necesidades sanitarias.

El área de Nº 6 representa las necesidades para las cuales habría una oferta de servicios pero que no se efectivizan al no expresarse como demanda. Serían los servicios públicos que podrían dar respuesta a una necesidad pero que, al ser desconocidos por los potenciales usuarios, no llegan a la consulta. Contribuye a la inaccesibilidad del sistema, aunque no por falta de servicios sino por mala comunicación u otras barreras que hacen que quienes los necesitan no lleguen por más que los servicios existen.

El área Nº 1 es la mayor expresión de la inaccesibilidad del sistema, reuniendo a quienes silenciosamente tienen necesidades que no se expresan como demandas ni se ofrecen servicios para resolver dichas necesidades.

En resumen, un sistema poco accesible es aquel en el que muchas personas que necesitan psicoterapia no logran obtenerla; un sistema poco eficiente es aquel en el que muchos de quienes no necesitan psicoterapia sí la obtienen. En un mundo ideal todos querríamos un sistema accesible y eficiente, sensible y específico, donde nadie que necesite tratamiento deje de recibirlo y nadie que no tenga necesidad de un tratamiento lo reciba. Pero ese mundo no existe y lo que sí podemos hacer es modificar nuestros umbrales. Es posible mejorar la accesibilidad para que sea más fácil que quienes tienen necesidades encuentren respuesta de parte del sistema (aunque eso puede hacer que quienes no la necesiten también la encuentren). Al aumentar Nº 7 se suele aumentar Nº 4. O, podemos mejorar la eficiencia para que haya menos personas atendidas sin necesidad (aunque eso haga que quienes sí necesitan tratamiento puedan sufrir mayores barreras). Al disminuir Nº 4 también disminuimos Nº 7.

La discusión sobre el comienzo innecesario

Habiendo descripto la interrelación entre necesidad, demanda y oferta, debemos aclarar que los terapeutas aún discutimos si cabe hablar de “necesidad” para realizar una psicoterapia y, por contrapartida, si puede haber el calificativo de “innecesaria”. Con mucha fuerza en el ámbito privado -pero también en el sector público- se suele sostener que la presencia de una demanda alcanzaría para dar inicio a un tratamiento. De tal modo, algunos partidarios de la rama psicoanalítica de las psicoterapias descartan de plano la discusión respecto de la necesidad y se centran en el establecimiento de si hay o no hay demanda, cómo leerla o, eventualmente, producirla. Como fuere, la demanda para el psicoanálisis tampoco coincide completamente con la noción de demanda aceptada en el amplio campo de la Salud. Como resultado, desde esa perspectiva, el problema de la necesidad y utilidad de ampliar el uso de la psicoterapia no los alcanzaría ni incumbiría.

En cambio, para quienes la ampliación o restricción de las consultas contempla la necesidad o falta de necesidad de la consulta, la discusión es sumamente compleja y el diagrama que grafica las relaciones posibles entre necesidad, oferta y demanda puede echar luz sobre los alcances de la iatrogenia en el campo de las psicoterapias (Ver Gráfico 1).

El sobre-diagnóstico, o la atribución de un problema (psicológico) a situaciones que solo son parte de la cotidianidad, la disminución del umbral por arriba del cual algo será calificado de patológico (19), también llamado “aumento en la sensibilidad”, es un buen ejemplo de ineficiencia del sistema. Una importante oferta de servicios psicoterapéuticos puede llevar a que más personas sean diagnosticadas (Nº 4) y a que presionen sobre las necesidades y sobre las demandas (Nº 5) mediante su presencia en los medios de comunicación para transmitir una visión de lo cotidiano como patológico. La Medicina ha “avanzado” mucho en este sentido y la medicalización de la vida cotidiana es denunciada con frecuencia (10). Pero, con la connivencia de comunicadores sociales y psicoterapeutas, esto mismo sucede con la patologización de conductas normales. *“Cuando una persona acude a los servicios de Salud Mental es porque su malestar tiene para ella un significado de patología, con incidencia directa de parte la cultura actual. Antes ésta aportaba significados distintos que permitían afrontar el malestar en otros contextos, sin ninguna necesidad de patologizarlo. ¿Nos toca asumir sin más esta demanda y el papel que se nos otorga en esta sociedad que propone soluciones individuales para problemas individuales pero también para los sociales?”* (20). ¿Cuántos casos conocemos de diagnósticos hechos por colegas, porque los propios nos pasan inadvertidos, que contribuyen sin mayor fundamento a aumentar la “base de pacientes a tratar”? ¿Qué diferencia hay entre nuestro diagnóstico casi universal de “neurosis” y el tan cuestionado concepto de “espectro” (autista, bipolar, etc.) o “síndrome sub-umbral” (21, 22)? ¿No ha sido una idea magistral del psicoanálisis ya hace un siglo, que la psiquiatría no aplica sino recientemente, la de eliminar

la categoría de “sano” y ofrecer como “la mejorcita de las alternativas” una “buena neurosis” (o un lugar en el extremo benévolo del espectro)? Al fin y al cabo, un diagnóstico de neurosis (o de síndrome sub-umbral), como reza el chiste, “no se le niega a nadie” y, por consiguiente, un tratamiento tampoco, aunque aún no es claro si aquello que sirve para tratar un trastorno mental también sirve para tratar versiones más leves (23). Aún está por probarse si el tratamiento de formas leves, el abordaje del malestar corriente al que Freud llamaba “infortunio cotidiano” (24) y la ayuda a personas en búsqueda del bienestar sin una patología diagnosticable, tiene los mismos efectos que fueron probados para personas con trastornos mentales, tal como argumentan McKenzie (23) y Ortíz Lobo (20).

En última instancia, tal como bien lo plantea Ortíz Lobo, *“se debe responder de forma honesta la pregunta: ante el problema humano que se presenta, ¿se van a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una sub-enfermedad o una pre-enfermedad) que si no fuera tratado como tal?”* (25). Su formulación podría ser mucho pedir para nosotros, los psicoterapeutas, aunque podría ser imprescindible de realizarla si aceptamos o esperamos que la psicoterapia tenga un lugar en el campo de la Salud.

Para agregar mayor complejidad al problema debemos considerar la afirmación de que “la salud es más que la ausencia de enfermedad” (26), lo cual nos lleva a pensar que las personas aun sin enfermedad podrían o deberían recibir servicios asistenciales, un debate que trasciende largamente al campo de la Salud Mental a la vez que se le aplica. El derecho a la salud, en tanto diferente al derecho a la atención, haría pensar que los servicios de salud podrían o deberían ser ilimitados. En qué medida “el malestar”, en nombre del derecho a la salud, podría ser sinónimo de “necesidad de atención”, es tema de debate.

Cuando un abordaje como el tratamiento psicológico cobra gran difusión podemos pensar que, además de haber bajado el umbral, entre las consecuencias positivas que suceden se encuentra que la gente se podría sentir menos estigmatizada por tener que recurrir a buscar este tipo de ayuda (27). De esto debieran seguirse, entonces, algunas conclusiones: a) Que existiera una menor brecha de tratamiento (o sea, que Nº 1 + Nº 2 + Nº 6 fuera menor); b) Que los habitantes de estas tierras tuvieran alguna característica diferente en términos de salud mental respecto de personas de otras zonas donde la psicoterapia no tuviera tamaña difusión.

Ni lo uno ni lo otro. Los resultados locales sugerirían que la brecha de tratamiento es similar a la de otros países (28), sin que un menor estigma asociado redunde en mayor acceso. Por otro lado, como ya lo señalaba G. Vidal hace veinte años, su extendido uso *“como remedio universal contra los percances de la vida”* (29) no parece haber incidido ni en la “felicidad”, ni en que seamos “logrados en la existencia”, ni tampoco en que tengamos una “más alta calidad de vida o salud mental” (30), alentando alguna suerte de sospecha sobre los beneficios de su uso en forma indiscriminada. Podríamos estar ante un caso en que gracias al aumento en la oferta de servicios

se hubiera bajado la eficiencia (el área de N° 4) sin haber mejorado la accesibilidad ideal (N° 7) ni la salud mental de la población.

Los códigos V del CIE-9 (31) y el DSM-IV (32) son otro buen ejemplo de este problema, cuyo destino fue el de pasar a ser códigos Z en el CIE-10 (33) y actuar como factor de presión de la oferta para incrementar la necesidad y la demanda. Allí se listaban potenciales agregados o complementos al diagnóstico que podían incidir o determinar una consulta, tales como el “no cumplimiento del tratamiento”, “problemas de relación de pareja”, “problema ocupacional”, “problema académico”, “problema adaptativo en una fase de la vida”, “problema religioso o espiritual”, etc. En su versión más reciente, como “factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”, ya no son diagnósticos suplementarios sino que califican como parte del cuerpo principal de los diagnósticos y motivo de la consulta. Pero, ¿qué relevancia pueden tener en términos de porcentaje de consultas? Si bien carecemos de este dato en la Argentina, entre un quinto y un tercio de las consultas en centros especializados de Salud Mental (en los Estados Unidos y Canadá) habrían mostrado que no corresponderían a personas con trastornos mentales sino a personas a quienes se les asignó un código V (34). Ortiz Lobo y otros (35) encontraron que un 24.4% de las consultas consecutivas durante un año en un Centro de Salud Mental en España, derivados desde la atención primaria o de centros no especializados, correspondían a personas sin otro diagnóstico que un código Z. La mitad de ellos, además, ya habían sido medicados. Los mismos usuarios o sus familiares habían ejercido una presión (demanda) decisiva en la derivación.

Un argumento habitual es que la gente no busca tratamientos que no necesita y si llega al especialista de Salud Mental es porque sufre, ha sorteado barreras (internas y externas) que aseguran una necesidad que, por otra parte, ¿quién mejor que el propio interesado en poder determinar?! Como dice Ortiz Lobo: “en definitiva, los profesionales nos encontramos en un contexto sanitario donde un paciente que sufre y se siente mal, aunque no pueda ser diagnosticado estrictamente de una enfermedad mental, demanda nuestra ayuda, creemos que disponemos de herramientas para hacerlo y no nos falta vocación para ello. ¿Por qué no habríamos de tratar el malestar?” (20).

Es común que en la Ciudad de Buenos Aires, donde el número de psicólogos por habitante es el mayor del mundo, con uno cada 90 habitantes (36), los afiliados a las Empresas de Medicina Prepaga esperen recibir atención psicológica (incluso ante malestares cotidianos y pasajeros) por el hecho que “pagan por su cobertura” y “tienen derecho a la atención” (37). Demanda innecesaria y oferta -también- innecesaria suelen tener su punto de encuentro (representado en nuestro gráfico N° 1 en N° 4). Como la salud se ofrece cual mercancía, y la salud mental no es la excepción, su demanda se ha ido asemejando a la lógica de la compra-venta de otros productos. Para esta población se trata de una “mercancía ya paga”, que “serían tontos de no consumirla”. Es también la oferta de servicios psicoterapéuticos la que condiciona la demanda tal vez, incluso, en mayor

medida que lo que realmente la resuelve. Una buena comunicación puede llevar a mucha gente a querer consumir lo que se está ofreciendo, aunque las (supuestas) delicias de su adquisición se parezcan demasiado a otras ilusiones.

Luego viene el problema de la prolongación de los tratamientos. Este campo es icónico del tironeo típico entre los sistemas de control del gasto que intentan disminuir el número de sesiones necesarias, la demanda de pacientes que con frecuencia se resisten a límites en las prestaciones disponibles y la oferta de tratamientos por parte de psicoterapeutas que, según la modalidad de pago, puedan inclinarse por terapias más extensas. El primer punto a tener en cuenta es que muchos consultantes abandonan los tratamientos sin llegar a completarlos (38). Una vez descartada esa cuestión, es necesario abordar el problema de cuándo la mejoría debido a un tratamiento comienza a ser menos significativa y podría ser inútil su prolongación.

Harnett y colaboradores, en dos clínicas universitarias de entrenamiento de Australia, estudiaron mediante un diseño naturalístico la evolución de 125 consultantes de leve a moderada gravedad a quienes les ofrecieron diferentes tratamientos (cognitivos, interpersonales y psicodinámicos) y hallaron que el 50% había mejorado confiablemente para la octava sesión y el 85% lo había hecho para la sesión 21, aunque para lograr un cambio clínico significativo (en el sentido que le da Jacobson (40)) se necesitaron 14 sesiones para la mitad de los clientes (en todos los casos según el instrumento Outcome Questionnaire-45) (39).

Un clásico trabajo de Strassberg y otros concluyó que más allá de la entrevista 20 los cambios ya no eran tan significativos, aunque este dato debe balancearse con el porcentaje de pacientes que nunca llega a esta sesión (41). Al considerar el promedio de sesiones que realizan los pacientes, que en el estudio en cuestión fue de menos de 5 sesiones, se pudo ver que tan solo uno de cada cinco alcanzaría una mejoría si se establecía para todos un corte a esa altura del tratamiento (42).

A nivel local, un estudio en la Provincia de Buenos Aires mostró que menos del 20% de las personas atendidas en psicoterapia llegaban a las 20 sesiones, finalizando o desertando sus tratamientos con anterioridad (43). Si se combinaran los datos locales con aquellos de los trabajos internacionales, se podría conjeturar que sería bajo el porcentaje de pacientes que se atienden más allá del punto en el que la mejoría pasaría a ser menos significativa y que el tratamiento se volvería menos útil.

Podríamos vernos tentados a concluir erróneamente que, dado que la mayoría finaliza su tratamiento con anterioridad, no es un problema que algunos tratamientos continúen más allá de la mejoría, cuando es poco o nada lo que podrá progresar el consultante. O, también, que todos los tratamientos prolongados son innecesarios. En algunos casos, un tratamiento logra evitar recaídas o retrocesos y puede requerirse su continuidad mucho más allá de la sesión 20. El punto, en todo caso, será tener más claro con quiénes y por qué seguir.

Al menos no hace mal...

A diferencia de los psicofármacos, las psicoterapias tienden a ser vistas como no dañinas por más que Gughenbül-Craig advertía en 1971 que ciertas profesiones asistenciales (como las psicoterapias) *"pueden también hacer el mayor daño"*, incluso originado en el *"deseo genuino de ayudar"* (12). Un estudio de Hadley y Strupp de hace 40 años habría mostrado que 70 terapeutas de variadas orientaciones clínicas que respondieron a una encuesta (enviada a 150 colegas) en la cual se les preguntó sobre efectos negativos en sus pacientes, casi unánimemente reconocían que los efectos negativos eran *"un problema real"*. Y dicha apreciación no se refería al incremento de un malestar de forma transitoria sino a un *"duradero empeoramiento directamente atribuible al tratamiento"* (13). Es probable que la mayoría de los psicoterapeutas, pese a esto, crean que la psicoterapia o bien ayudará o será inocua y no provocará daño alguno (44). Incluso, fue un largo debate poder establecer algunos consensos sobre *"qué constituye una mejoría"* y, por contrapartida, *"qué es deterioro"* (12).

Los daños, por caso, podrían ser muy sutiles. Podría ser que adecuadas herramientas estén reduciendo el uso de otras igualmente útiles, trayendo aparejado una limitación en la mejoría que no se deba estrictamente a que no sirven. La ayuda profesional en no pocas ocasiones parecería reducir la confianza de las personas en que podrían resolver sus problemas por su cuenta o con su núcleo más cercano, o que podrían desarrollar su red de apoyo para poder resolverlos (20).

Asimismo, al recibir un diagnóstico se suele aceptar que de este modo se abre la posibilidad de un tratamiento aunque también, como se ha señalado, contribuimos al error de identificar a las personas con una etiqueta, extendemos la creencia de que la gente no puede enfrentar las vicisitudes de la vida sin una asistencia profesionalizada, incluso incentivando *"una actitud pasiva ante el sufrimiento"* (20), *"disminuyendo el status social"* y/o *"aumentando la expectativa de ser rechazado"* (25), y también podemos aumentar la dificultad para encontrar trabajo o relacionarse en la familia y con iguales (45). La ayuda efectiva podría tener que partir de remontar un primer perjuicio que, en algunos casos, el mero diagnóstico e inicio de tratamiento ya suponen.

Como dice Ortíz Lobo, inclusive tener conciencia de enfermedad suele significar haber adoptado la perspectiva profesional sobre sí mismo (25). Y, por consecuencia favorable, ganar en posibilidades de continuidad y adherencia al tratamiento indicado aunque, por contrapartida, posiblemente también de incrementar el auto-estigma y hacer propia la visión profesional sobre la enfermedad mental, que no siempre difiere tanto de la visión de la sociedad en su conjunto (46, 47, 48).

Ni siquiera el diagnóstico o la conciencia de enfermedad, por más que traen beneficios, son inocuos.

Cuando se discute que sea posible que una intervención psicoterapéutica tenga efectos adversos o pueda causar daño en vez de bienestar, por lo general, se olvida una sencilla regla que plantean Berk y Parker: cualquier

intervención lo suficientemente potente como para tener capacidad de curar la tiene para dañar (49). Como dicen Dimidjian y Hollon: *"Si la psicoterapia tiene el poder suficiente para curar, también lo tendría para dañar"* (50). *"Todo tratamiento, desde una aspirina hasta los esteroides y desde los psicotrópicos hasta los psicotóxicos, si son efectivos inevitablemente tendrán efectos curativos y otros no deseados"* (51). Lo contrario, como dicen provocativamente Hadley y Strupp, podría implicar tener que aceptar que no tiene potencia para curar, cuestión mayoritariamente descartada luego de décadas de estudios específicos (13).

El esfuerzo por determinar la eficacia y eficiencia de las psicoterapias ha pasado a ser acompañado por un nuevo esfuerzo: determinar cuáles, en qué circunstancias y de qué forma éstas pueden causar daño (52). Incluso, la propuesta es dedicar más esfuerzo a ver los daños posibles que los beneficios probables de las terapias empíricamente fundamentadas (*Empirically Supported Therapies* o EST, por su sigla en inglés).

Para hablar de daño se propusieron tres criterios (52): a) que estos tratamientos hubiera mostrado efectos de daño psicológico o físico en los consultantes o en otros (por ejemplo, en familiares); b) que los efectos dañinos sean duraderos y no simple reflejo de la exacerbación de los síntomas como parte del tratamiento; c) que los efectos dañinos hubieran sido replicados por diferentes equipos de investigación independientes entre sí.

Una psicoterapia podría causar daño al llevarse a cabo inadecuadamente tanto por lo que se hace como por lo que se deja de hacer, por el abordaje como por quien lo lleva a cabo. Una técnica, aún si fuera adecuada a la situación clínica, mal implementada puede tener tantos efectos adversos como cualquier otro tipo de intervención farmacológica o no farmacológica. Una técnica adecuada, que omita complementarse con otros abordajes igualmente adecuados priva de un beneficio probable y puede retrasar una mejoría esperable y esperada. Es aún tema de controversia si esta privación debe o no contabilizarse como daño (50). Idéntica consideración le cabe a tratamientos a los que se supone erróneamente que son efectivos y no lo son (o no tanto como otros) y consumirían tiempo, dinero y recursos que podrían haber sido destinados para encarar otros tratamientos que sí lo fueran (50).

Desde ya que un mismo abordaje podría dañar a un consultante y beneficiar a otros, o podría beneficiarlo en algunos aspectos y perjudicarlo en otros y, por último, la presentación de dicho daño podría ser multidimensional: hay síntomas pre-existentes que pueden agravarse, pueden aparecer nuevos que antes no estaban, puede incrementarse la preocupación sobre los mismos síntomas pese a que no hubieran variado, puede tornarse excesiva la dependencia respecto de un tratamiento, dificultar o impedir una nueva consulta a un especialista en salud mental o producir daños físicos al paciente o tanto físicos como anímicos a un familiar suyo (13, 52). Incluso, ha sido propuesto que un efecto negativo podría ser que una persona perdiera la esperanza de ser ayudado de alguna forma o la confianza para establecer una relación humana profunda (13).

Como fuentes del daño se han identificado a factores generales de los abordajes psicoterapéuticos, factores específicos de determinados abordajes y factores vinculados al terapeuta o al vínculo entre paciente y profesional (53).

Asimismo, se ha señalado que sólo habrá de considerarse daño el empeoramiento que resulta exclusivamente por consecuencia del tratamiento (algo que no siempre es fácil de determinar) y no como parte del curso esperable de la enfermedad o el padecimiento. En este último caso, para hablar de daño se requiere alguna evidencia de que ese deterioro no hubiese tenido lugar de no haberse realizado el tratamiento o que hubiese sido menos significativo. Tampoco esto es fácil de determinar. Sin embargo, por el lado de los efectos benéficos no es más simple: la mejoría obtenida, generalmente atribuida a la psicoterapia, podría deberse a un curso benéfico de la patología o problema. Y hasta podría darse el caso de haber demorado o impedido una mejoría aún mayor, asunto que también habría que considerar como parte de los efectos dañinos.

En resumen, se consideran daños: a) al empeoramiento de un problema o patología que no se esperarían cambios espontáneos (ni mejorías ni deterioros) por causa atribuible a la psicoterapia; b) al empeoramiento de un problema o patología para los cuales sería esperable un deterioro pero éste ha sido aún mayor por causa atribuible a la psicoterapia; c) a la no mejoría, mejoría menor a la esperable o empeoramiento de un problema o patología que remitiría o mejoraría sin necesidad de intervención (50).

a) Según Hansen y otros (42) y Lambert (54) entre 35% y 40% de los pacientes no experimentan ninguna mejoría con la psicoterapia y hay un grupo reducido, entre el 5% y el 10%, que empeora. Ya lo advertía Eysenck hace más de 60 años al analizar la eficacia de las psicoterapias cuando afirmaba que menos de la mitad de los pacientes mejoraban mucho y que cerca del 30% “*abandonaba, moría o no mejoraba*”. El resto tenía una mejoría leve o moderada. La desmejoría por causa de la psicoterapia no estaba contabilizada de modo alguno en su análisis (55).

Estudios más recientes con diferentes poblaciones (según tipo de trastorno, características de personalidad, dificultad para relaciones más profundas, etc.), técnicas, características personales de los terapeutas y tipo de vínculo entre terapeutas y pacientes, mostraron que lo común era que pudiesen producir resultados negativos, en porcentajes que iban del 5% al 12% según diferentes estudios (44, 54, 55). En las personas con adicciones, en cambio, el porcentaje podía llegar al 15% (52).

Sin embargo, estos porcentajes no suelen considerar que cierto número de personas pueden evolucionar negativamente (así como los estudios de eficacia no siempre contabilizan que hay quienes podrían evolucionar favorablemente sin psicoterapia), haciendo más imprecisa esta estimación.

b) Cuando Bergin (57) defendía a la psicoterapia de las acusaciones que cuestionaban su eficacia decía que podía haber casos en los cuales era esperable el deterioro

ro y, en todo caso, la terapia podía no tener la eficacia para impedirlo (aunque sí para suavizarlo). De tal modo, el estudio de la eficacia o del daño resultarían particularmente complejos en pacientes cuya tendencia fuese hacia el empeoramiento. ¿Cómo saber si está siendo más leve, igual o, inclusive, peor que lo que hubiese acontecido de no mediar el tratamiento? Este parece haber sido el campo menos explorado de los daños potenciales y las afirmaciones son más hipotéticas que experimentales.

c) A partir de los desarrollos de Eysenck (55) y Bergin (58, 11) sobre la mejoría espontánea de personas con trastornos mentales sin psicoterapia formal, la evolución favorable no es desconocida por los investigadores de la psicoterapia. Ya sea la modalidad benéfica propia en que progresa un determinado padecimiento o porque las personas encuentran ayuda de múltiples otras formas aparte de la psicoterapia (11, 59), la mejoría podría ser un curso probable y la psicoterapia no siempre favorecerla. Esta posibilidad es analizada, por ejemplo, por Neimeyer al estudiar la terapia individual, de consejería o en grupos de apoyo, para tratar el duelo por la pérdida de un ser querido. Mientras que los estudios descriptivos, no controlados, reportan mejoría de los síntomas de depresión, ansiedad y los síntomas psiquiátricos en general, sugiriendo que el tratamiento es efectivo para facilitar la recuperación del duelo en estado agudo, los estudios controlados no arrojan conclusiones definitivas, señalando que es “*mejor*”, “*peor*” o que “*no es diferente*” a no hacer tratamiento (60). En un meta-análisis realizado por este autor se vio que un 55% de quienes habían hecho tratamiento se habían beneficiado. Aunque, también, un 38% se había deteriorado, cuando tan solo un 5% de quienes no habían realizado tratamiento había tenido este último curso en su evolución. Como conclusión inmediata, al analizar distintas variables (entre las que se destacan la edad, el tipo de muerte del familiar, tiempo entre el evento y la consulta), se propuso que estos abordajes serían más útiles para personas en duelo por muertes violentas o inesperadas que hubiesen desencadenado procesos de duelo complicados, aunque no para los duelos más habituales y sin complicaciones adicionales (60). El problema no sería únicamente si *sirve* más que la evolución natural que tendría la persona sino cuál es más probable que *interfiera* con el curso benévolo y provoque daño.

Estas tres variantes aún no consideran el empeoramiento en otros aspectos no tenidos en cuenta al inicio del tratamiento o que no eran parte del motivo de consulta (exacerbando problemas preexistentes o creando nuevos), y las consecuencias perjudiciales para terceros ligados a quien realizó el tratamiento.

Asimismo, en un sentido más general, se puede afirmar que el daño sería más fácilmente detectable en contraste con un curso esperable que fuese constante, algo que podría decirse que es infrecuente o imposible cuando hablamos de problemas en vez de enfermedades. La vida es cambio y, en este sentido, tal vez siempre sea complejo determinar el daño.

Una lista de doce tratamientos (incluidas las terapias expresivas-experienciales, *critical incident stress debriefing*

(CISD) o método de interrogación del estrés producto de un incidente crítico, tratamientos de relajación para pacientes con propensión al pánico, etc.) forman parte de los abordajes que causan daño en algunas personas. Cabe aclarar, como lo hace Anestis, que si fuese la lista de los abordajes que no son efectivos, ésta sería considerablemente más extensa (61).

El caso del CISD podría ser ilustrativo del problema. Esta técnica consiste en agrupar personas que hubieran tenido un episodio de estrés traumático, alentarlos a discutir y procesar sus emociones negativas, señalar los síntomas de estrés postraumático que sería esperable que tuvieran y desalentarlos a discontinuar su participación una vez que la sesión ha comenzado. Varios estudios randomizados con casos de control mostraron resultados iguales o peores en cuanto a los síntomas de estrés postraumático y síntomas generales (o específicos) de ansiedad. Sin embargo, la mayoría de quienes recibieron este tratamiento dijeron que les había resultado útil aun cuando indicadores objetivos revelaban lo contrario (62, 63, 64). Esto llevó a pensar que la mayoría de las personas asignadas a estos grupos de tratamiento, como sucede con quienes han sido expuestos a un suceso traumático, tienden de por sí a mejorar, y que la evidencia sugeriría que de no haber estado en estos grupos su mejoría hubiese sido aún mayor (por más que ellos no lo registraran) (52).

Como corolario, cae la idea sostenida durante tiempo de que las psicoterapias eran como los competidores de la carrera propuesta por el pájaro dodo, de "Alicia en el país de las maravillas": "*todos compiten, todos merecen premio*". Por años, al observar que diferentes escuelas de psicoterapia, haciendo cosas distintas obtenían resultados benéficos similares, se consideró que el veredicto sobre ellas era como el del pájaro dodo: todas ganan. Sin embargo, a partir de los estudios sobre potencialidad de daño de este recurso terapéutico, ya no es posible sostener más esta idea (65). Aún si los beneficios fueran parecidos, los daños observados podrían ser distintos.

Pero a este problema se le suma otro tanto o más complejo: un importante porcentaje de psicoterapeutas parece no tener conciencia de esta situación. Según un estudio de seguimiento y predicción de deterioro entre 40 terapeutas, con 550 pacientes, sólo predijeron que habría 3 casos de deterioro, cuando finalmente hubo 40 (66). De esos 3 casos, solo uno siguió el camino que habían predicho. Se podría decir que nuestra capacidad predictiva de deterioro fue para este estudio de 1 en 550, lo cual nos hace escasamente confiables para este tipo de predicciones.

Otro estudio, de Boisvert y Faust, habría mostrado que 28% de los terapeutas de una muestra de los Estados Unidos no era consciente de los efectos negativos en psicoterapia (67). Y los motivos conjeturables podrían ser muy simples: quienes se sienten más ayudados por los profesionales son los que permanecen en tratamiento y ocupan la mayor cantidad de horas de su trabajo, a diferencia de los otros que seguramente abandonan la consulta (a veces temprano y otras más tardíamente). La experiencia reiterada del terapeuta, su "*ilusión como cli-*

nico" (68, 69), es el trabajo en una abrumadora mayoría de turnos con gente que se siente ayudada, aunque eso no significa que mucha gente pueda haberse sentido no ayudada o perjudicada, sólo que en su semana de trabajo representan un porcentaje absolutamente menor.

Sin embargo, cuando en otro estudio se les preguntó a los terapeutas por su propia experiencia como pacientes, se encontró que 21% señaló que el tratamiento recibido le había resultado dañino en alguna medida (perjudicando su matrimonio, llevándolos a actuaciones o a alejarse del mundo, etc.) (70). Aquello aceptado para sí mismos suele ser negado para los otros.

Iniciativas para la "reducción de daño"

Una serie de sugerencias han sido propuestas para detectar y/o corregir los posibles daños producidos por las psicoterapias: la disposición de comités a los cuales reportarles eventos adversos, la existencia de publicaciones en donde presentar los casos en los cuales se hubieran cometido errores o estudios cualitativos que analicen de modo conjunto diversos casos, la realización de estudios controlados con asignación de sujetos al azar en donde establecer el tipo de tratamiento y el tipo de pacientes en los cuales aumentan los riesgos (50), o la obligación de informar en los estudios de eficacia de la psicoterapia el número de personas a tratar para que alguno sea dañado (52), tal y como se suele hacer con los beneficios.

Dado que es poco probable que un profesional esté dispuesto a reportar un caso en el que hubiera cometido un error o se hubiera producido un daño, se ha sugerido que la manera de contrarrestar esta situación sería ofrecer una consideración legal diferente en el caso que llegase a intervenir la justicia si hubiera sido reportado respecto de sí, tal como suele suceder, nunca lo hubiera sido.

Otra iniciativa, bien propia de las terapias manualizadas o que siguen protocolos más estrictos, es el registro por sesión para establecer si el paciente se aleja de lo esperado o está fuera del camino esperable, la notificación al terapeuta, y el uso de herramientas clínicas de apoyo (*clinical support tools*). La propuesta de Lambert parte del registro semanal para realizar el monitoreo sistemático mediante el *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45) de forma de evaluar cuatro áreas: síntomas de perturbación psicológica (principalmente de depresión y ansiedad), problemas interpersonales, roles de funcionamiento social y calidad de vida (54). El alejamiento de lo esperado es registrado con el instrumento *Not-on-track* (NOT), que permite alertar al terapeuta si dicha situación se presentase. Por último, la utilización de herramientas de apoyo para las decisiones clínicas puede complementar la iniciativa. Según la investigación llevada a cabo por Lambert en cuatro ramas y diferentes combinaciones de estos procedimientos (con el uso de NOT, la retroalimentación al terapeuta y las herramientas clínicas de apoyo, en su versión más compleja), habrían logrado reducir de 20% a 8% el porcentaje de pacientes cuya evolución clínica fuera de deterioro (54).

La supervisión podría contarse como un tradicional dispositivo para controlar los daños producidos en la psi-

coterapia. Sin embargo, tal estrategia siempre partió del supuesto que el problema no sería el método sino la forma de llevarlo a cabo, algo que los enfoques más recientes ponen en cuestión: no es sólo el modo de practicarla sino que la psicoterapia en sí misma podría ser dañina en determinados casos.

Conclusiones

En primer lugar, a la luz de estos desarrollos, debemos aceptar que las conclusiones válidas para los tratamientos médicos en general le caben a las psicoterapias. Aquello que afirma Ansean para la ciencia médica aplica a la psicoterapia. Debemos *"reconocer las limitaciones de la ciencia médica y de sus profesionales admitiendo que: 1. No hay diagnóstico y tratamiento para todo. 2. Cuando lo hay, no siempre cura, ni es inmediato ni es infalible. 3. Además, comporta un riesgo"* (15). Si no estamos dispuestos a aceptar estas limitaciones, tal vez debemos estar dispuestos a ser excluidos del sistema de salud y contentarnos con pertenecer al inmenso reino de las prácticas sociales ajenas al campo sanitario. No es demérito alguno. Aunque su definición probablemente generaría una ruptura entre prácticas psicoterapéuticas propias del campo de la salud -que aceptarían esta limitación- y otras ajenas al mismo -regidas por otros criterios no sanitarios.

En segundo lugar, siempre es difícil comparar las psicoterapias, tanto en su eficacia como en sus daños o en los moderadores (otros factores intervinientes) que afectarían su resultado (71), ya que su carácter relacional entre consultante y terapeuta agrega una serie de variables mucho menos presentes o directamente ausentes en los estudios farmacológicos. Controlar cuestiones tales como aspectos gestuales, inflexiones de voz, la oportunidad o destiempo para una intervención del terapeuta, etc., hacen mucho más complejo determinar qué es atribuible al abordaje, qué a los moderadores y qué a la manera que fue implementado con cada persona, asun-

tos que un estudio con medicación no requiere considerar. El principio activo, vale decir, es mucho más difícil de determinar para la psicoterapia que para los tratamientos farmacológicos, e idéntica consideración le cabe al daño que pudiera provocar.

Ahora que contamos con evidencias acerca de la potencialidad dañina o la limitación de mejoras que introduciría la psicoterapia respecto de cursos de evolución favorables en su ausencia, ya no es posible distraerse respecto del comienzo innecesario de tratamientos que no sólo podrían no ofrecer beneficios sino que incluso podrían generar perjuicios.

Sin embargo, el alerta sobre los riesgos y la aceptación de ajenedad al campo de la salud deben ser considerados sobre el fondo del riesgo opuesto: no emprender tratamientos en personas que podrían beneficiarse con los mismos.

En sistemas en donde se calcula que alrededor del 75% de las personas que necesitarían asistencia a causa de algún trastorno mental no logran obtenerla (72), podría ser un nuevo riesgo subir el umbral para intentar no dar tratamiento a personas que no la necesitan o que podrían perjudicarse con el mismo. La brecha de tratamiento, aquella que separa a quienes necesitan ayuda del tratamiento que los beneficiaría, podría crecer en la búsqueda de esta nueva eficiencia. Pero, también, corremos el riesgo de iniciar tratamientos sin percatarnos de que un porcentaje de ellos podrían no estar justificados y otros, aun justificados, podrían dañar al consultante.

En última instancia, siempre debemos pensar las alternativas a la psicoterapia, comparadas con las cuales calculamos que, sin exponer al consultante a riesgos innecesarios, le estamos aportando un beneficio. Para ello hay que considerar que muchos problemas (e, inclusive, también síntomas) suelen mejorar con el tiempo, y que otros recursos de ayuda (relaciones de amistad, apoyo de personas no técnicas en salud mental, etc.) pueden colaborar con dicha evolución favorable ■

Referencias bibliográficas

1. WHO. Promoting Mental Health. Geneva: WHO; 2004.
2. Department of Health. No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. UK: Department of Health; 2011.
3. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964; 60: 100-10.
4. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981; 304: 638-42.
5. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851-7.
6. Schenkel S. Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2000;

- 7 (11): 1204-22.
7. Caeiro T. Acerca de errores y culpables. *Medicina* 1995; 55: 276.
 8. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ et al. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998; 280 (16): 1444-7.
 9. Academia Nacional de Medicina. Error en medicina [Internet]. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pacientes.asp>.
 10. Illich I. Némesis médica, la expropiación de la salud. México: Barral Editores; 1975.
 11. Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *J Abnorm Psychol* 1966; 71 (4): 235-46.
 12. Guggenbül-Craig A. Poder y destructividad en psicoterapia. Caracas: Monte Avila Editores; 1974.
 13. Hadley SW, Strupp HH. Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1291-302.
 14. Freud S. Análisis terminable e interminable. Obras Completas. Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
 15. Anseán A. Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease mongering en Salud Mental. En: Anseán A, coordinador. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/psiquiatrización/>.
 16. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Camas disponibles destinadas a la atención en Salud Mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones 2. Buenos Aires; 2010.
 17. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-1.
 18. Roemer MI. Hospital Utilization and the supply of physicians. *JAMA* 1961; 178 (10): 989-93.
 19. Frances A. Preventive Psychiatry Can Be Bad for Our Health [Internet]. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-v_b_1199182.html.
 20. Ortíz Lobo A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Atopos* 2008; 7: 26-34.
 21. Magruder K, Calderone G. Public Health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2): 14-18.
 22. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2) Suppl 1: 1-7.
 23. Charlton B, McKenzie K. Treating unhappiness - society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 194-5.
 24. Freud S. Sobre la psicoterapia de la histeria. En Estudios sobre la histeria. Obras Completas. Vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu; 1985.
 25. Ortíz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85 (6): 513-23.
 26. OMS. Conferencia internacional de Salud, 1946. Ginebra: OMS; 1948.
 27. Digiuni M, Jones FW, Camic PM. Perceived social stigma and attitudes towards seeking therapy in training: A cross-national study. *Psychotherapy* 2013; 50 (2): 213-23.
 28. Leiderman E, Lolich M, Vazquez G, Baldessarini R. Depression: point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord* 2012; 136: 1154-8.
 29. Vidal G. Nuevos envases de la psicoterapia. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1995; 41 (1): 76.
 30. Vidal G. El naufragio de la psicoterapia en el Río de la Plata. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1996; 42 (3): 269-70.
 31. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades-9. Ginebra: OMS; 1978.
 32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: APA; 2000.
 33. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades-10. Ginebra: OMS; 1992.
 34. Siddique CM, Aubry T. Use of mental health resources in the treatment of adult outpatients with no diagnosable mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 19-25.
 35. Alonso M, Klinar D. Los psicólogos en Argentina: relevamiento cuantitativo 2013. En: VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires; Facultad de Psicología, UBA; 26 al 29 noviembre 2014. Disponible en: http://www.modestoalonso.com.ar/assets/6_psi_en_arg_2013_poster_2014_alonso_klinar.pdf.
 36. Agrest M. La psicoterapia en los sistemas prepagos de Salud. *Vertex* 2000; 11 (41): 227-33.
 37. Goldchluk A, Amenta M, Dates L. Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios, *Vertex* 1993; 5 (18) : 245-51.
 38. Ortíz Lobo A, Rocío González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria* 2006; 38 (10): 563-9.
 39. Harnett P, O'Donovan A, Lambert M. The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy [Internet]. 2010. Disponible en: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/34991/65271_1.pdf?sequence=1.
 40. Jacobson N, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consul Clin Psychol* 1991; 59 (1): 12-9.
 41. Strassberg DS, Anchor KN, Cunningham J, Elkins D. Successful outcome and number of sessions: When do counselors think enough is enough? *J Counsel Psychol* 1977; 24 (6): 477-80.
 42. Hansen N, Lambert M, Forman E. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol Sci Prac* 2002; 9: 329-43.
 43. Triskier F, Agrest M. La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental. *Vertex* 1998; 9 (33): 171-5.
 44. Mohr D. Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol Sci Prac* 1995; 2: 1-27.
 45. CAPSID. Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527>.
 46. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (suppl. 429): 51-9.
 47. Loch AA, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiq Clin* 2011; 38 (5): 173-7.
 48. Druetta I, Ceresa F, Leiderman E. Actitudes de los profesionales de la salud mental hacia las personas con esquizofrenia. *Vertex* 2013; 24 (110): 245-52.
 49. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 787-94.
 50. Dimidjian S, Hollon S. How would we know if psychotherapy were harmful?. *Am Psychol* 2010; 65 (1): 21-33.
 51. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. *Br J Psychiatr* 1983; 143: 436-41.
 52. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect psychol Sci* 2007; 2 (1): 53-70.
 53. Wendt D, Gone J, Nagata D. Potentially harmful therapy and multicultural counseling: bridging two disciplinary discourse. *Counsel Psychol* 2014; 1-25.
 54. Lambert M. What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychother Res* 2007; 17 (1): 1-14.
 55. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consul Psychol* 1952; 16: 319-24.
 56. Jarrett C. When therapy causes harm. *Psychol* 2008; 21:10-2.
 57. Bergin AE. Negative effects revisited: a reply. *Prof Psychol* 1980; 11: 93-100.
 58. Bergin AE. The effects of psychotherapy: negative results revisited. *J Counsel Psychol* 1963; 10: 244-50.
 59. Cowen EL. Help is where you find it. Four informal helping groups. *Am Psychol* 1982; 37 (4): 385-95.

60. Neimeyer R. Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud* 2000; 24: 541-58.
61. Anestis M. Making things worse through treatment: iatrogenic psychological interventions. Psychotherapy brown bag, discussing the science of clinical psychology [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.psychotherapy-brownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2009/04/making-things-worse-through-treatment-iatrogenic-psychological-interventions.html.
62. Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin Psychol* 2002; 9:112-34 .
63. Bisson JL, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute harm. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 78-81.
64. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road and traffic accident victims. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 589-93.
65. Beutler LE. The dodo bird is extinct. *Clin Psychol* 2002; 9: 30-4.
66. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol* 2005; 61: 155-63.
67. Boisvert C, Faust D. Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings. *Profl Psychol* 2006; 37 (6): 708-16.
68. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1178-82.
69. Vessey JT, Howard KI, Lueger RJ, Kächele H, Mergenthaler E. The clinician's illusion and the psychotherapy practice: an application of stochastic modeling. *J Consul Clin Psychol* 1994; 62 (4): 679-85.
70. Buckley P, Karasu TB, Charles E. Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy* 1981; 18 (3): 299-305.
71. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 1-27.
72. Kohn R. Treatment gap in the Americas [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23178&lang=en.

De Ulises a Paris: viaje hacia la medicalización del envejecimiento

Belén Moreno

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

Mariana Pedace

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

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra, Coordinador del Equipo de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

*"Respondióle el deiforme Alejandro:
- ¡Héctor! Con motivo me increpas y no más de lo justo; pero tu corazón es inflexible como el hacha que hiende un leño y multiplica la fuerza de quien la maneja hábilmente para cortar maderos de navío: tan intrépido es el ánimo que en tu pecho se encierra. No me reproches los amables dones de la dorada Afrodita, que no son despreciables los eximios presentes de los dioses y nadie puede escogerlos a su gusto. Y si ahora quieres que luche y combata, detén a los demás troyanos y a los aqueos todos (...).*

*Y Menelao, valiente en la pelea, les habló de este modo:
- Ahora, oídme también a mí. Tengo el corazón traspasado de dolor, y creo que ya, argivos y troyanos, debéis separaros, pues padecisteis muchos males por mi contienda, que Alejandro originó. Aquel de nosotros para quien se hallen aparejados el destino y la muerte, perezca y los demás separaos cuanto antes".*

Homero, La Ilíada

Resumen

En esta presentación describimos al Síndrome de Paris, partiendo del Síndrome de Ulises descrito por Mercer Rang en el año 1972. Dicho síndrome se inscribe dentro del proceso de medicalización que está atravesando el proceso de envejecimiento en las sociedades occidentales. Decidimos presentar el problema tomando como referencia las historias de cuatro pacientes paradigmáticos con el objeto de reflejar la experiencia vivenciada por ellos así como también la modalidad de la práctica médica de nuestros tiempos para con los viejos.

Palabras claves: Síndrome de Ulises, medicalización, envejecimiento.

FROM ULYSSES TO PARIS: JOURNEY TO THE MEDICALIZATION OF AGEING

Abstract

In the following study we will be introducing the Paris Syndrome, taking as a departure stand the Ulises Syndrome described by Mercer Rang back in 1972. This syndrome is analyzed within the current context of medicalization that old people within Western societies are currently undergoing. We decided to present this topic by looking at the medical trajectories of four paradigmatic patients with the intention of capturing how they themselves experience this process. Through these cases, we would also like to further understand current medical practices toward the elderly.

Key words: Ulysses Syndrome, medicalization, ageing.

Introducción

En este artículo describiremos y aplicaremos el concepto de Síndrome de París a la clínica psiquiátrica con pacientes ancianos. Apelaremos a representaciones de cuatro historias que desplegaremos como ejemplos posibles de la medicalización, fenómeno que hace varios años atraviesa al proceso de envejecimiento (1). Vale la pena aclarar que los relatos que utilizaremos son ficticios, contruidos con retazos de un sinnúmero de situaciones clínicas que tuvieron a nuestro equipo como protagonista o testigo; consideramos que la esencia de las viñetas se mantiene, ya que nuestra intención no pasa por la búsqueda de la veracidad de las mismas sino por el intento de obtener un retrato íntimo de las situaciones recurriendo al modelo narrativo, para poder dar cuenta de una clínica cada vez más compleja e intrasubjetiva. Juan Villoro sostiene que en una época de simulacros, marcada por el mundo de lo virtual no existe nada más real que las historias que se puedan contar (2). En la misma línea Coetzee y Kurtz en su excelente texto "El buen relato" deciden modificar los pormenores relativos a los casos clínicos que utilizan para evitar intromisiones en

los procesos terapéuticos, salvedad que nuestro grupo también tomó en consideración (3).

Homero relata en "La Odisea" el viaje y las aventuras que Ulises tuvo que superar para lograr regresar a su hogar, Ítaca. Los dioses decidieron en Asamblea que el guerrero pudiera finalmente volver, pero solo pudo hacerlo después de veinte años y tras atravesar una gran cantidad de peligros; la vuelta no fue sin consecuencias ya que nuestro héroe jamás volvió a ser el mismo así como tampoco la familia que lo recibió a su regreso (4).

Tomando este poema épico como fuente de inspiración, Mercer Rang dio en llamar en el año 1972 Síndrome de Ulises al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado del proceso de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica (5). En su viaje, el paciente va atravesando sucesivos estudios que a su vez conducen a nuevos estudios que desembocan en hipótesis diagnósticas y en intervenciones terapéuticas muy costosas en todos los sentidos imaginables: humano, económico, social y emocional.

Veamos la descripción inicial de Rang, en la cuidada traducción de Kopitowski: Jimmy se cayó y se golpeó la cabeza; su madre pensó que no habría mayores conse-



cuencias, pero la abuela del niño le dijo que lo llevara a un médico. El profesional pensó que era improbable que tuviese una fractura pero, para estar más seguro, le solicitó una radiografía de cráneo y cuello. No se encontró ninguna lesión, pero, en las placas de la columna cervical, se alcanzaba a visualizar en la clavícula un hueso anormal. Después de una serie de análisis de sangre que no dieron ningún valor alterado, los padres llevaron a Jimmy a un cirujano ortopédico que pensó que el hallazgo podría ser una variante normal. Ya que el profesional no estaba totalmente seguro y a que la familia estaba muy preocupada por la posibilidad de que el niño tuviese un cáncer se efectuó una biopsia. El patólogo informó que se trataba de un defecto cortical fibroso benigno; el final de la historia muestra que el chico se cae en el resbaloso piso del hospital fracturándose la clavícula en la zona que estaba debilitada por la biopsia, pasando seis semanas enyesado hasta finalmente sanar (6).

Consideramos que este síndrome es un claro ejemplo del proceso de medicalización que está atravesando nuestra sociedad toda y es en este sentido que consideramos adecuado modificarlo con ejemplos del otro extremo de la vida al propuesto por Rang, ya que los pacientes ancianos hoy en día constituyen uno de los eslabones más sensibles del sistema de salud. Según la OMS el porcentaje de personas mayores a 60 años en las distintas poblaciones mundiales está creciendo vertiginosamente. Se calcula que entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22% por lo que, en números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Todos los individuos de esta franja etaria se enfrentan a la difícil tarea de poder asimilar las diversas modificaciones simultáneas que se dan en distintos planos de su existencia, con las sensaciones displacenteras asociadas que esto conlleva (7).

Al respecto vale la pena considerar el planteo de Gervas Camacho cuando, con impecable lógica sostiene que en medicina, como en la vida, el bien y el mal se hallan indisolublemente unidos como las dos caras de la misma moneda; de este modo, entonces, toda decisión clínica conlleva beneficios y perjuicios. El colectivo de profesionales médicos atraviesa una etapa de arrogancia y omnipotencia, donde pocas cuestiones le son ajenas, avanzando mucho más allá del mundo de las enfermedades para desembarcar en el continente de la salud, convirtiéndose en los sumos sacerdotes de una no tan nueva religión que propugna la búsqueda de la piedra filosofal de la salud absoluta a través de intervenciones que abarcan la vida toda de las personas (8).

Tomando como fuente de inspiración al Síndrome de Ulises descrito por Rang, nuestro grupo decidió llamar Síndrome de Paris a la sucesión de intervenciones, diagnósticas y terapéuticas, a que son sometidos un importante grupo de pacientes ancianos frágiles tentados por los cantos de sirena de la biomedicina, que sin ser necesariamente iatrogénicas condicionan definitiva y muchas veces irreversiblemente la vida del paciente y su familia al punto de que una vez arribado al final del camino el mismo no pueda volver a llevar adelante su vida como lo era.

Cuando decimos “anciano frágil” nos referimos a un

estado multifactorial en el que se le otorga distinto peso a los factores biológicos, psicológicos y sociales variando según el tipo de profesional consultado; en líneas generales la mayoría de los autores incluyen bajo esa denominación a pacientes viejos que presentan disminución de la reserva fisiológica, pérdida de autonomía funcional, deterioro cognitivo, presencia de enfermedades crónicas o a la combinación de todos estos factores. Nuestro grupo viene trabajando en el delineado de la fragilidad psiquiátrica que incluye elementos como el aislamiento, el déficit cognitivo, los síntomas depresivos, la desesperanza, la polimedicación y otros (9).

El dios Zeus le dio a Paris, hijo de Príamo y Hécuba, la tarea de seleccionar entre Hera, Atenea y Afrodita a la diosa más hermosa; cada una de ellas le prometió algo si resultaba ser la elegida: Hera le prometió ser soberano de mundo, Atenea ser invencible en la guerra y Afrodita entregarle a Helena, la mujer más bella de todas las mujeres. El joven se inclinó por Afrodita, que además se convirtió en su protectora, desencadenando la ira de las otras dos deidades que juraron vengarse; lo que no sabía era que su decisión daría lugar a una serie de peripecias de lo más variadas hasta llegar a desencadenar la guerra de Troya. Finalmente, Paris cae muerto por una flecha lanzada por Filoctetes, que le atraviesa la ingle; se mandó llamar a la ninfa Enone, un viejo amor, que poseía conocimientos de medicina para que le diese un remedio contra el veneno pero ella se negó a salvar a quien la había abandonado y, cuando se compadeció de él, ya era tarde (4).

Consideramos que esta historia extraída de “La Ilíada” grafica de manera clara y definida el derrotero de muchos de nuestros pacientes psicogeriatricos, condicionados antropológica, social y médicamente a tener que elegir entre diferentes opciones que prácticamente nunca dan lo que prometen y que casi siempre conllevan efectos que no están del todo explicitados a la hora de tomar las decisiones supuestamente terapéuticas.

Cuando Paris optó por la diosa Afrodita no se imaginaba la prolongada batalla, sufrimiento y muerte que desencadenaría como resultado de su elección; al igual que nuestro héroe mitológico, muchos pacientes ancianos cuando aceptan ser sometidos a complejos procesos diagnósticos y terapéuticos no llegan a dimensionar lo que dicha decisión puede llegar a implicar para su existencia y como su vida toda será condicionada a partir de ese momento.

En nuestros ejemplos clínicos decidimos elegir cuatro situaciones paradigmáticas como son los duelos, las fallas en la memoria, los rasgos narcisistas de personalidad y la institucionalización debido a que en los momentos de mayor vulnerabilidad social, psicológica y psiquiátrica es cuando se dan las condiciones de posibilidad para que el Síndrome de Paris se desarrolle.

CUATRO HISTORIAS

Helena

La paciente de 75 años de edad, cuyo esposo había fallecido hacía siete meses (por lo que estaba atravesando un proceso de duelo), consultó a su médico clínico por

fuerzas cefaleas; su médico de cabecera, después de intentar resolver el síntoma con medicaciones convencionales con escaso resultado decidió indicarle que realizara una entrevista con un neurólogo. Esta consulta no constituyó el primer encuentro de Helena con la neurología, hubo dos contactos anteriores que resultan por demás significativos a pesar de que las relaciones establecidas no la involucraron directamente: varios años atrás había acompañado a su suegra ya que padecía una enfermedad de Parkinson que finalmente evolucionó en un proceso demencial; nuestra paciente fue la cuidadora principal de la madre de su marido, pues su suegra no tenía hijas mujeres y en esta familia ese rol estaba reservado al género femenino. Años más tarde también visitó a un facultativo de esta especialidad, pero en ese entonces fue por su marido quien tuvo un cáncer de cerebro; lo más relevante para nuestro caso es que uno de los primeros síntomas que sufrió su conyugue fueron las cefaleas que, en una primera instancia, fueron desestimadas por el enfermo y fue debido a la insistencia de su mujer que finalmente consultó con su médico de cabecera y le diagnosticaron aquel cáncer terminal. Teniendo presente entonces las vivencias atravesadas por Helena, primero con su suegra y luego con su marido, es que podemos entender un poco mejor el por qué de estar tan atribulada y su firme convicción de padecer una grave enfermedad.

Rápidamente, Helena, consultó con un neurólogo, quien, sin tener conocimiento de la pérdida reciente de

la paciente y por lo tanto de los posibles efectos que en ella provocaron, le indicó la realización de una tomografía axial computarizada de cerebro; una vez con el informe en sus manos, la paciente leyó: “leve atrofia cerebral acorde a la edad”.

Por un lado se sintió aliviada ya que el informe, a su entender, no mencionaba la presencia de ningún tumor pero por el otro el volver a leer las palabras “atrofia cerebral” inevitablemente la condujo a revivir la historia de la enfermedad de su suegra que había sido extensa y penosa no solamente para la madre de su marido sino para toda la familia. Por lo que la nueva consulta neurológica tuvo un objetivo muy claro y definido: saber si estaba empezando a padecer una demencia semejante a la que había sufrido su familiar. Esta vez el neurocientífico decidió realizar un interrogatorio detallado, en el que la paciente dijo estar recordando menos que antes, en especial, en los últimos meses; le indicó una serie de test de *screening* del estado mental, los cuales la paciente pudo efectuar recién dos meses después debido a que la ansiedad que le generaba llevarlos a cabo impedía su realización.

En ese periodo de tiempo, a las cefaleas más intensas y frecuentes que nunca se sumaron una gran angustia asociada al temor a estar demente, importantes dificultades para conciliar el sueño, una gran labilidad afectiva y desesperanza. Alarmada, Helena consultó nuevamente con su médico clínico quien en esta oportunidad decidió, tras considerar que había descartado todas las posi-



bles causas orgánicas del caso, derivarla a una consulta psiquiátrica; el profesional que se ocupa de la salud mental consideró que podría tratarse de un duelo pero teniendo en cuenta la prolongación en el tiempo no descartaba la posibilidad de que lo normal estuviera mutando en patológico por lo que decidió derivar la paciente a una psicóloga con el objeto de que realizara una serie de entrevistas diagnósticas y terapéuticas.

Entonces, a esta altura de su periplo vital y médico, Helena concurre a las entrevistas con una psicoterapeuta psicoanalítica convencional; desde los primeros momentos la paciente notó que la terapeuta intervenía en forma esporádica, con largos silencios y escasos señalamientos. Encontró a este fenómeno dos explicaciones posibles: o bien que la profesional la consideraba un caso perdido o bien que ella no comprendía lo que le decían a raíz de los olvidos.

El resultado de estas situaciones fue un empeoramiento del cuadro depresivo y una profundización de los olvidos; al mes decidió no concurrir más a la psicóloga porque sentía que la ponía de peor ánimo. En este estado es que Helena concurre a realizarse la evaluación neuropsicológica que informó fallas mnésicas asociadas a un cuadro depresivo. Finalmente, la hija de la paciente al ver que su madre empeoraba cada día más, llegando a no querer salir de su casa, logró convencerla que consultara con una terapeuta que le habían recomendado. De esta manera, a través de un tratamiento psicodinámico específico para este tipo de situaciones, poniendo el eje en la complejización de los duelos no resueltos consiguió mejorar la situación.

Héctor

Esta historia es la de un paciente de 72 años de edad, que se caracterizaba por tener una personalidad con rasgos narcisistas muy marcados y cuya carta de presentación en las entrevistas con los profesionales de la salud eran sus tres títulos universitarios. No solamente se jactaba de su nivel académico, sino que también estaba orgulloso de continuar trabajando doce horas diarias, teniendo a su cargo una cantidad considerable de empleados. Sin embargo, se encontraba en tratamiento psicológico y psiquiátrico desde hacía muchos años por presentar un cuadro depresivo. El viaje de Héctor comenzó cuando un día iba caminando por la calle y tras sentir que su marcha se tornaba levemente inestable cayó al piso sin sufrir heridas relevantes. En esta oportunidad no consideró necesario concurrir a una guardia para ser evaluado.

Luego de unas semanas de ocurrido este episodio, cuando por la mañana fue a levantarse, se sintió mareado y tuvo que sostenerse de la cama para no caer. Muy asustado por esto y relacionándolo con su caída en la calle, el paciente consultó rápidamente a una guardia de un hospital; la médica clínica que lo atendió le dijo, tras una breve evaluación, que su cuadro se trataba claramente de un principio de demencia de tipo Alzheimer y le hizo una orden para que solicitara un turno en neurología. Héctor recuerda que la orden tenía cla-

ramente escrita la palabra "urgente". Muy angustiado y alterado por la situación el paciente logró conseguir un turno para neurología a los dos días de la consulta por guardia.

Esos días transcurrieron entre la angustia y el desconcierto, estado que lo impulsó a ausentarse de su trabajo y a suspender la mayoría de sus compromisos y actividades, entre ellos el turno con su psiquiatra y los encuentros semanales con su psicóloga. Es importante aportar al relato que la madre del paciente había fallecido a los 92 años con un diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer. La evolución de ella había sido prolongada en el tiempo y de carácter muy dolorosa para nuestro paciente ya que con el avance de la enfermedad fue necesario internarla en una residencia geriátrica. Al igual que Héctor, su madre había sido una persona muy independiente, trabajadora, orgullosa y erudita hasta que la enfermedad comenzó a progresar.

Héctor siempre se había sentido identificado y motivado existencialmente con la vida de su madre y con su manera de comportarse por eso nunca pudo terminar de asimilar el final trágico que le aconteció. Por eso, luego de fallecida, siempre procuró estar informado y atento a los últimos avances en relación a diagnósticos y tratamientos de las enfermedades de la memoria.

En la consulta neurológica le transmitieron que no estaban de acuerdo con el diagnóstico que le habían dado en la guardia, afirmándole de manera taxativa que no padecía ningún tipo de demencia; sin embargo, el paciente continuó insistiendo en la importancia que tenía el antecedente de la enfermedad de su madre. Persuadida por el paciente, la profesional decidió indicarle una tomografía axial computada de cerebro y una evaluación neurocognitiva, para la que consiguió turno en treinta días. Realizarse dicha prueba diagnóstica significó una gran estresor ya que padecía claustrofobia al punto que el día del estudio y debido a la ansiedad que tenía sufrió un accidente. Estando adentro del tomógrafo, nervioso y ansioso, se levantó antes de que se lo indicaran y golpeó su cabeza contra el aparato, debiendo ser asistido y suturado con unos pocos puntos en su frente.

Además de los estudios descritos hasta aquí, la gran insistencia de Héctor hizo que la neuróloga lo derivara a una consulta con los profesionales de movimientos anormales, debido a la caída y mareo que el paciente había presentado y que atribuía a su percepción de una marcha inestable. Esta consulta fue efectivizada dos meses más tarde ya que la depresión y el desánimo que lo aquejaban se incrementaron notablemente como consecuencia del cambio vital que significaron todas las consultas y sus consecuencias.

Los padecimientos que sufrió junto con las innumerables evaluaciones diagnósticas a las se sometió lo decidieron a abandonar sus tratamientos psicológico y psiquiátrico, puesto que consideró que no lo habían ayudado a sobrellevar la etapa más dura de su vida. Las consecuencias de este movimiento se hicieron notar rápidamente ya que la melancolía tomó el control de su vida, llegando a abandonar su actividad laboral, fuente no solo de ocupación sino también de sentido vital.

Finalmente, luego de los varios meses que duró este desafortunado viaje, las pruebas diagnósticas solicitadas no informaron alteraciones así como tampoco indicios de ningún tipo de proceso involutivo. Si bien la travesía a través de la biomedicina culminó de manera favorable, las consecuencias se parecieron mucho a haber obtenido una victoria a lo Pirro.

Alejandro

En el transcurso de los últimos dos años nuestro paciente de 80 años de edad consultó a su médico clínico en reiteradas oportunidades por presentar falta de voluntad y de deseos para desarrollar la mayor parte de sus actividades cotidianas habituales: trabajar, salir, asistir a encuentros con amigos, hacer compras, ordenar su hogar y llevar adelante una vida por demás activa. Era contador, y desde que estudiaba en la universidad, pasó por varias empresas hasta poder llegar a independizarse y tener su propio estudio contable que seguía en funcionamiento hasta la actualidad; se define como dinámico, emprendedor, hiperactivo y muy vital.

Alejandro era viudo, su segunda esposa falleció hace ocho años con suma velocidad a causa de una gravísima leucemia. Tres años después, le descubrieron un tumor maligno en la próstata por el cual debió ser intervenido quirúrgicamente. El resultado fue exitoso, pero a partir de ese momento comenzó a padecer problemas sexuales caracterizados por dificultades para mantener la erección asociados a una disminución del deseo sexual. Para el paciente este era un tema que le generaba una gran angustia debido a que se definía como un “enamorado del amor”, habiendo estado toda su vida en pareja y manteniendo relaciones paralelas con distintas mujeres de forma casi constante. Con orgullo, reconocía ser un “seductor”, aunque a raíz de los inconvenientes mencionados, comenzó a esquivar los encuentros íntimos debido al gran temor que le generaba no estar a la altura de lo que las circunstancias requerían. A pesar de ello salía con tres mujeres todas entre ocho y diez años menores que él; debido a la imposibilidad de satisfacerlas en este plano, presumía que pronto lo abandonarían por otro hombre más joven y viril que lo que él era en estos momentos. Es necesario considerar que el sentido de la vida de nuestro paciente pasaba y se sostenía por estos encuentros, de esta forma se comprende de manera acabada la sensación que tenía de que su vida estaba desapareciendo.

Tras reiteradas consultas, su médico clínico le solicitó que hiciera diversos estudios que, según el paciente, dieron la pauta que “no tenía nada” lo cual lo desalentó enormemente. A su entender, por esta razón y por “estar cansado de escucharme”, lo derivó a un médico psiquiatra. Al paciente le pareció rara esta derivación ya que nunca había consultado a un profesional de la salud mental, especialidad que consideraba reservada para los “locos” o “débiles”. Por eso, no cumplió con la indicación y, muy a su pesar, decidió solicitar a sus amigos la recomendación de un sexólogo, intentando disimular la vergüenza que le generaba exponer sus dificultades fren-

te a ellos, aunque ellos relataran experiencias similares desde hacía tiempo.

Al consultar al especialista del campo de la sexología, le indicó sildenafil, afirmándole que gracias a esta droga a muchos de sus pacientes se les solucionó la vida y volvieron a ser los de antes. Con gran expectativa, empezó a tomar el fármaco y aunque notó una mejoría parcial de su dificultad, su performance no fue la misma que antes de haberse sometido al proceso quirúrgico. Sumamente abatido y llegando incluso a pensar en suspender todo acercamiento sexual, volvió a su mente la indicación de su clínico de consultar a un médico psiquiatra, circunstancia que solo podía ser considerada como bien o la última esperanza o como la aceptación de un fracaso seguro que lo conduciría a un cambio de vida no deseado y muy difícil de aceptar. Se presentó ante el profesional con la misma falta de motivación, pero aun más triste y angustiado que antes, afirmando “desconocerse” con lo que le estaba sucediendo, no ser el mismo.

El psiquiatra le dijo que pensaba que estaba padeciendo una depresión y, por esta razón, le indicó un antidepresivo que sin duda iba a servir para mejorarle el estado anímico y para que pudiera comenzar a ver las cosas en forma diferente. A pesar de sus prejuicios contra los psicofármacos y contra la psiquiatría en general, Alejandro aceptó tomar la medicación con la esperanza de “volver a ser el que era” y de terminar con su recorrida por el mundo de la medicina.

Las cosas no sucedieron de esa manera: a las pocas semanas las modificaciones que comenzó a percibir fueron de índole negativa, resultándole prácticamente imposible sostener la tímida erección que venía teniendo y el deseo se mantenía apagado. La desesperanza y el abatimiento lo llevaron a suspender en forma definitiva los encuentros con mujeres más allá de que ellas lo seguían valorando y deseaban mantener vivas las relaciones. Esta no fue la única consecuencia: evitar a los amigos y sus preguntas incómodas fue parte del nuevo escenario así como la idea de abandonar su estudio contable y las tareas laborales que ahora eran vistas más como carga y obligación que como fuente de sentido vital.

Penélope

La paciente, de 83 años de edad, concurrió a realizar una interconsulta acompañada por sus hijas; el motivo de la entrevista radicaba en que sufría una serie de episodios caracterizados por angustia marcada, ansiedad, tristeza, labilidad afectiva, llanto e insomnio de conciliación y de mantenimiento.

Dichos episodios se producían con una frecuencia de dos veces por semana y estaban directamente relacionados con visitas que la paciente realizaba a una residencia de adultos mayores en la cual habitaba su pareja desde hacía aproximadamente seis meses debido a que los síntomas conductuales asociados a la demencia que padecía hicieron que la convivencia con Penélope se tornara imposible (“... me pasaba las noches sin dormir cuidándolo (...) se quería ir todo el tiempo de la casa (...)

decía que tenía que volver con su esposa”). A pesar de lo florido y complejo del cuadro ella hubiera preferido continuar cuidándolo pero fueron los hijos de su compañero los que tomaron la decisión, con el objeto de ofrecer el espacio de mayor continencia posible.

A partir de ese momento cada una de las visitas que realizaba Penélope a la institución eran seguidas por crisis como la anteriormente descrita, en las que la paciente manifestaba no tener deseos de continuar viviendo si no se le permitía atender las necesidades de Fernando. Las hijas realizaron una consulta con un profesional psiquiatra, el cual diagnosticó un cuadro de características ansioso-depresivo y realizó una indicación doble: por un lado una medicación antidepresiva con la que aseguró que los episodios iban a dejar de suceder a partir de los quince días de comenzar a recibirla y por el otro sugirió la conveniencia de que Penélope dejara de visitar la residencia por un tiempo, hecho que fue totalmente rechazado por la paciente a pesar de que las hijas se mostraron afines con la indicación.

Aceptó comenzar con el antidepresivo, no demasiado convencida pero sin voluntad de pelearse con las hijas así como tampoco de decepcionar al profesional tratante; a los diez días de estar tomando la medicación en la forma en que se le había indicado, la paciente comenzó a tener repentinos cambios en su conducta.

Una mañana cuando una de las hijas la llamó por teléfono, Penélope estaba muy enojada y le reprochó por qué hacía tanto tiempo que no hablaban y que no la visitaba: este comentario sorprendió y alarmó a Ana ya que la había visitado el día anterior, por lo que decidió ir a lo de su madre y avisarle lo que estaba ocurriendo a su hermana; al llegar a la casa la encontró desalineada y hablando sola (“estaba teniendo una conversación con alguien que no estaba allí”, relató la hija). La paciente le contó además que había recibido la visita de unos familiares que en realidad hacía muchos años que no veía.

En cuanto llegó la otra hija decidieron llevarla de inmediato a la guardia. No podían comprender qué le estaba ocurriendo a su madre. Un vez en la guardia y tras la realización de un análisis de sangre y de orina, les informaron que la paciente tenía el sodio por debajo del valor normal; debían internarla en clínica médica para tratar esta alteración. El médico de guardia les explicó a las hijas que la hiponatremia era un efecto secundario provocado por antidepresivos, y teniendo en cuenta el reciente comienzo de la toma de una medicación de este tipo, prácticamente no cabían dudas en que esa fuera la causa del cuadro actual de la paciente. Al segundo día de estar internada y habiendo revertido gran parte de los síntomas que había presentado, desarrolló un cuadro respiratorio caracterizado por tos, decaimiento general, fiebre y fatiga. Luego de realizarle los estudios correspondientes, el equipo tratante llegó a la conclusión de que se trataba de una infección intrahospitalaria, en este caso una neumonía. Finalmente, luego de 15 días de internación la paciente fue dada de alta.

Al regresar a su casa, ahora con una cuidadora que la acompañaría todo el día, nuestra paciente rápidamente

te planteó que deseaba ir a visitar a su marido; las hijas no estaban de acuerdo con esto, consideraban que ella no estaba en condiciones anímicas para ver a Fernando. Sin embargo, Penélope no se resignaba y continuó reclamando con vehemencia. Ante tanta insistencia las hijas decidieron llevarla nuevamente a la consulta con el psiquiatra quien consideraba que la paciente debía comenzar nuevamente un tratamiento psicofarmacológico y sostenía su postura inicial en relación a las visitas a su marido.

Sin estar de acuerdo pero tampoco con fuerzas como para oponerse, Penélope comenzó una vez más a tomar cada noche un antidepresivo. En cuanto a las visitas al geriátrico e influenciada por la psicóloga de una de ellas, las hijas mantuvieron su decisión; de esta forma a nuestra paciente le permitieron ir a ver a su marido cada dos semanas y siempre en compañía de la cuidadora. En el transcurso de un año no presentó cambios considerables en su ánimo así como tampoco en relación a los ataques de angustia que sufría luego de los encuentros con su marido.

Discusión

Las cuatro historias presentadas reflejan algunas de las dificultades que se despliegan en la psicogeriatría a la hora de tener que tomar decisiones clínicas. La fragilidad de este grupo asociada a la gran cantidad de variables médicas, sociales y culturales que condicionan las consultas determina un contexto singular que debe ser individualizado para poder intervenir con mayores posibilidades de éxito.

En este sentido consideramos que la utilidad de describir el Síndrome de Paris reside en dilucidar un marco clínico en el cual los pacientes ancianos quedan expuestos debido a una combinación entre la calidad de las intervenciones y la vulnerabilidad inherente al colectivo envejecido.

Es así que recibir una medicación antidepresiva, vivir las contingencias de un proceso de institucionalización, atravesar un duelo, realizar un proceso psicoterapéutico, tener que padecer una internación clínica, ser evaluado neuropsicológicamente o requerir una imagen de cerebro son solo algunas de las múltiples posibilidades que plantean al viejo y a su familia un escenario en donde el lado B de las intervenciones nunca está del todo explicitado.

No nos referimos aquí a declarar los efectos adversos posibles de un psicofármaco o a explicar los riesgos de una internación clínica sino que hacemos referencia a los cambios no deseados y a veces muy difíciles de predecir de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas.

Muchos de esos cambios se relacionan con que gran parte de las estrategias desconocen los límites de la medicina y de la psicología ya que avanzan sobre los estilos de vida de las personas involucradas, que sufren malestares que precisamente tienen que ver con “el estar mal” que no es lo mismo que estar enfermo; y es así que encontramos médicos o psicólogos opinando sobre cuestiones absolutamente personales que quizás deberían ser

resueltas "en familia" o fomentando que el paciente sea experto en su propia vida intentando evitar el riesgo de la medicalización o de la psicopatologización de las vivencias.

Las intervenciones sobre cuestiones que podríamos denominar eventos de la adversidad cotidiana (personas que no aceptan envejecer, duelos, consejos acerca de visitar o no a una persona institucionalizada, sugerencias acerca de cómo vivir, etc.) aumentan notablemente la posibilidad de lograr fracasos terapéuticos puesto que apuntan a resolver cuestiones que no son problemas médicos o psicológicos sino avatares de la existencia.

En esta línea, Cerecedo Pérez, Tovar Bobo y Rozadillas Arias plantean que la infelicidad existencial se relaciona con la prosecución de la felicidad absoluta, haciéndose patente esta situación en el terreno de la salud al ver cómo se instala en la vida cotidiana el rechazo a la enfermedad y a la muerte. Continúan diciendo estos autores que la actitud que lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible

de ser medicalizada no deriva tanto del conocimiento científico como de nuestro sistema de valores; muchas personas se consideran enfermas frente a los sucesos de la vida, cuando en realidad su salud está intacta ya que su estado emocional es consecuente con la situación que están viviendo (1).

Nuestra propuesta se dirige a reasignar el malestar y la demanda del paciente a través de intervenciones que intenten evitar el Síndrome de París; procurando esclarecer los motivos de consulta de la manera más amplia posible para tratar de soslayar los procedimientos innecesarios, poniendo el eje en el protagonismo de los pacientes en la toma de decisiones a través de una psiquiatría y una psicología basadas en los valores de los ancianos. Desarrollando algunas ideas como recuperar la incertidumbre como parte de la vida, conocer que las ciencias tienen límites, rescatar que no todo sufrimiento corresponde a una enfermedad y sabiendo que los ejercicios de la medicina jamás son inocuos, pudiendo desencadenar fuerzas muy difíciles de controlar ■

Referencias bibliográficas

1. Cerecedo Perez J, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Atención Primaria*. 2013; Vol. 45, Nro. 10, diciembre: 536-540.
2. Villoro J. *De eso se trata. Ensayos literarios*. Barcelona: Anagrama; 2008.
3. Coetzee J, Kurtz A. *El buen relato*. Buenos Aires: ELHILODA-RIADNA; 2015.
4. Homero. *La Ilíada*. Puerto Rico: La editorial de la Universidad de Puerto Rico; 1967.
5. Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc Journal*. 1972; Vol. 106, Nro. 22, January: 122-123.
6. Kopitowski K. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Italiano Buenos Aires*. 2013; Vol. 33, Nro. 3, septiembre: 90-95.
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
8. Gervas Camacho J, Gavilan Moral E, Jimenez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012; Vol. 8, Nro. 6: 312-317.
9. Martínez Martín M, Gonzales J, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2007; Vol. 42, Nro.6: 357-360



confrontaciones



La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental

Federico Manuel Daray

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal
Hospital "Dr. Braulio A. Moyano", CABA
Docente Autorizado. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina, UBA
Doctor de la UBA, Área Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Investigador Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
Investigador del Instituto de Farmacología. Facultad de Medicina, UBA.
E-mail: fdaray@hotmail.com*

Introducción

La información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias tienen una alta prevalencia en todas las regiones del mundo y son los principales contribuyentes a la morbilidad y mortalidad prematura (1). Estos representan el 13% del total de las enfermedades mundiales, constituyen una tercera parte de los casos de enfermedades no transmisibles y afectan a unos 700 millones de personas en el mundo (2). A pesar de su impacto social y económico, su prevención y tratamiento no ha sido prioritario hasta nuestros días, situación que se está tratando de revertir en los últimos años a través de varias líneas de acción entre las que está el "Plan de acción sobre salud mental 2013-2020" de la OMS (3). Esta situación que es crítica en términos sanitarios a nivel mundial, es aún peor en países de ingresos bajos y medios en los que entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento y, en los pocos casos tratados, el tratamiento es de baja calidad (1).

En función de esta problemática la mayoría de los países han desarrollado diferentes estrategias para el abordaje de los problemas de salud mental. En Argentina, en el mes de diciembre del año 2010, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), Ley N° 26.657. La misma tiene como objetivo principal que el proce-

so de atención se realice fuera del ámbito hospitalario, centrándolo en la comunidad y otros dispositivos alternativos, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial (4).

Numerosas opiniones se han hecho públicas acerca de la LNSM siendo los aspectos más discutidos aquellos relacionados con las incumbencias profesionales, las internaciones psiquiátricas, el cierre de los hospitales monovalentes, las consideraciones sobre los tratamientos farmacológicos y sesgos ideológicos, entre otros. Sin embargo, uno de los artículos de la ley no ha sido aún discutido, siendo fundamental al momento de llevarla a la práctica. Este es el artículo 7° del Capítulo IV, en el que se detallan los "Derechos de las personas con padecimiento mental"(4):

ARTÍCULO 7°.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja

Resumen

Los trastornos mentales contribuyen de forma significativa a la carga de enfermedad, reducen la calidad de vida y suponen elevados costos económicos y sociales. Además, el acceso a los tratamientos y la calidad de los mismos es deficiente, en particular en países de bajos y medianos ingresos. En función de esto, la OMS instó a los países miembros a elaborar políticas y estrategias integrales referentes a la salud mental. En este sentido, en la Argentina se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) Ley N°26.657; esta fue reglamentada a través del Decreto Reglamentario N°603/2013 e implementada a través del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). La LNSM define la visión, los valores y los principios para mejorar la salud mental del país. En esta definición, establece que la asistencia en salud mental debe basarse en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Esto, que no es novedoso en otras áreas de la salud, implica un cambio de paradigma para la salud mental en Argentina. Se observan inconsistencias entre el marco conceptual que plantea la LNSM y los instrumentos operativos publicados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Estas inconsistencias reflejan las resistencias al cambio de paradigma.

Palabras claves: Ley Nacional de Salud Mental - Ley N° 26.657 - Decreto Reglamentario N° 603/2013 - Plan Nacional de Salud Mental - Modelo Biopsicosocial - Pluralismo - Prácticas Basadas en la Evidencia.

THE OPPORTUNITY TO TRANSFORM THE MODEL OF MENTAL HEALTH CARE OF ARGENTINA TO A MODEL BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE BASED ON THE NATIONAL MENTAL HEALTH LAW

Abstract

Mental disorders significantly contribute to the burden of disease, reduce the quality of life, and pose vast economic and social costs. Furthermore, access to treatment and treatment quality is often poor, particularly in low- and middle-income countries. Indeed, WHO urged countries to develop policies and comprehensive mental health strategies. In response, Argentina promulgated a National Mental Health Law (NMHL, No. 26.657) that was regulated through the Regulatory Decree No. 603/2013 and implemented through the National Mental Health Plan (NMHP). The NMHL defines the vision, values, and principles for improving the mental health system for the country via urging that mental health care be based on scientific evidence adjusted to ethical principles. This is not new in other areas of health; however, it implies a paradigm shift for the mental health system in Argentina. Inconsistencies between the conceptual framework that raises the NMHL and operational instruments issued by the National Mental Health and Addiction Department were observed. These inconsistencies reflect the resistance to change in paradigm.

Key words: National Mental Health Law - Law No. 26,657 - Regulatory Decree No. 603/2013 - National Mental Health Plan - Biopsicosocial model - Pluralism - Evidence-based practices.

sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

e) *Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.*

f) *Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.*

g) *Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.*

h) *Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.*

i) *Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.*

j) *Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.*

k) *Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.*

l) *Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.*

m) *Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.*

n) *Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.*

o) *Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.*

p) *Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.*

El punto c) del artículo 7º define claramente cómo debe ser la atención en salud mental a la que tiene derecho toda persona con padecimiento mental. Según la LNSM, el empleo de intervenciones en materia de salud mental deberá estar basado en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Esto, que no es novedoso en otras ramas de la salud, lo es para la salud mental en Argentina, sienta las bases sobre las que se tienen que fundamentar desde ahora las intervenciones en salud mental y está en la línea de pensamiento de la mayoría de los países del mundo y los principales organismos internacionales como la OMS y la OPS.

En mayo de 2013 se reglamentó la LNSM a través del Decreto Reglamentario N° 603/2013. En la reglamentación del artículo 7º, punto c) se enuncia que (4):

“la Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas”.

La Autoridad de Aplicación de la LNSM es el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Si bien este punto no define exactamente cuál será el criterio y los mecanismos empleados para determinar cuáles de las prácticas en salud mental están basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y cuáles no, es de esperar que el MSAL emplee los mismos criterios que ha empleado para definirlo en todas las otras áreas de salud (5). Hasta el momento no se ha publicado un listado de prácticas aceptadas y/o prohibidas.

En octubre de 2013, la DNSMyA ha puesto en marcha el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). Este plan constituye la herramienta para la implementación de la LNSM, define las estrategias, actividades y plazos para lograr los objetivos de la política de salud mental y brinda una serie de indicadores de resultado que serán los que permitirán cuantificar los avances en el cumplimiento de las metas propuestas (6). El punto 5.2 del mencionado PNSM define su base conceptual (página 14), en la que se precisan y desagregan los contenidos de la LNSM y al llegar al Capítulo IV, Artículo 7 (página 15) se define lo siguiente (6):

En el Capítulo IV, Artículo 7 se da cuenta de los derechos de las personas con padecimientos mentales, los mismos que tiene cualquier otro habitante. Entre ellos: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; a conocer y preservar su identidad y sus grupos de pertenencia; a recibir el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades; a ser acompañadas por sus familiares u otros afectos; a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas; a no ser identificadas ni discriminadas; a ser informadas de manera adecuada y comprensible de los derechos que las asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

En las bases conceptuales, el PNSM repite textualmente el artículo 7 de la LNSM pero omite un único punto, no menor, que es punto c), el que establece el “Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos”.

Esta omisión marca la resistencia del paradigma actual de la salud mental en Argentina a cambiar hacia un nuevo paradigma basado en fundamentos científicos como indica la LNSM. Esta resistencia puede observarse en las inconsistencias que existen entre la LNSM, el PNSM y los lineamientos para el tratamiento de los principales trastornos de salud mental publicados por la DNSMyA. Estas inconsistencias no son menores y repercuten directamente en la salud de los habitantes de nuestro país.

A lo largo de este artículo se plantea el impacto en el marco conceptual que genera la LNSM al definir que la atención en salud mental deben basarse en fundamentos científicos, se propone un modelo para llevar a la práctica este nuevo paradigma y se analizan las inconsistencias observadas entre la LNSM y el PNSM y los lineamientos

publicados por la DNSMyA, ejemplificando los problemas que esto genera en la práctica.

Paradigmas en la salud mental en la Argentina

Los paradigmas son un conjunto de prácticas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una cierta disciplina (7).

En la Argentina, la salud mental estuvo influenciada más que cualquier otra área de la salud por paradigmas dogmáticos. En particular, entre las décadas del '60 y '70, la toma de decisiones para resolver problemas de salud mental dependía de las creencias del profesional tratante oscilando entre dos modelos dogmáticos antagónicos como el modelo biomédico y el modelo psicoanalítico. Con los años, la mayoría de los profesionales se convenció de que con un único método no se pueden resolver todos los problemas de salud mental. Esto llevó a que en la décadas del '80 y '90 los modelos dogmáticos dieran lugar, al menos en la teoría, a un nuevo paradigma, el eclecticismo, que es el modelo vigente, el *statu quo*, para la mayoría de los profesionales de la salud mental en Argentina y en otros países del mundo (8).

El eclecticismo tiene sus bases teóricas en el modelo biopsicosocial (BPS) propuesto por George Engel hacia fines de la década del '70 y comienzos de los '80 (9-10). George Engel era un médico clínico con formación psicoanalítica y su trabajo fue dirigido al conocimiento del componente psíquico en enfermedades de base orgánica siendo sus áreas de interés la colitis ulcerosa, el dolor psicógeno y los efectos psicológicos de las fístulas gastrointestinales en niños (8, 11). En esencia el modelo plantea que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. Ninguna enfermedad y ningún paciente puede ser comprendido con uno de esos tres enfoques (8). Esto, que hoy parece parte del sentido común, fue revolucionario en aquellos años ya que permitió comprender que las enfermedades no sólo tenían una base orgánica sino que también tenían un componente psicosocial que debía ser atendido y rompió con el reduccionismo del modelo biomédico.

El modelo de Engel cobra gran interés en los comienzos de 1980 y no es casualidad que una de sus publicaciones más influyentes (10) se haya hecho en el *American Journal of Psychiatry* el mismo año en que se publicó la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP). Algunos autores consideran que el modelo BPS fue oportuno para alcanzar una tregua entre las dos posturas dogmáticas, la psicoanalítica y la biomédica, que pujaban por imponerse en AAP (12). Si bien el modelo no fue creado para explicar las enfermedades psiquiátricas, fue en la psiquiatría donde cobró mayor interés y no así en medicina general como Engel esperaba (11). Desde entonces el modelo es el paradigma vigente en la psiquiatría americana y se ha extendido al resto del mundo.

Si bien este modelo BPS es teóricamente adecuado, en la práctica es poco preciso sobre todo para guiar la

toma de decisiones. Por eso, si bien fue el paradigma imperante en los últimos 30 años en la salud mental ha recibido numerosas críticas. Una de las más ilustrativas de los defectos del modelo es la que hace una analogía entre el modelo BPS y una receta de cocina; y afirma que para poder cocinar no es suficiente conocer la lista de ingredientes sino que uno debe saber cómo combinarlos (11). El modelo BPS sólo enumera aspectos relevantes para la salud pero no define cómo ponerlos en práctica, cómo emplearlos en los diferentes trastornos e incluso cómo utilizarlos a lo largo de los diferentes estadios de una misma enfermedad. Al no ser preciso en cómo se debe actuar, el modelo se vuelve vago y superficial (11). Lo único que hace es recordarnos que todas las enfermedades tienen un componente biológico, psicológico y social; concepto importante en los años 70 pero que hoy es parte del sentido común. Otro de los problemas del modelo BPS es que confunde la causa de los trastornos mentales con el tratamiento. Cuando el modelo BPS es llevado a la práctica y se considera que todo trastorno tiene un origen biológico, psicológico y social, todos los pacientes deberían recibir un tratamiento biológico, psicológico y psicosocial (11). Esto, que se observa habitualmente en los escenarios asistenciales de nuestro país, es una creencia falsa y defectuosa que nace del modelo BPS y lleva a asignar incorrectamente los recursos destinados a la salud. Que el origen del trastorno del paciente tenga un componente biológico, psicológico y social, no implica necesariamente que deba recibir intervenciones en estas tres áreas (11). Puede que sea necesario pero también puede que no lo sea. Puede que, en función de su trastorno, haya pacientes que se beneficien más que otros de alguno de los tres tipos de tratamientos o de la combinación de sólo dos de ellos. Incluso puede que, de acuerdo al curso o evolución natural de un trastorno determinado, un mismo paciente requiera de algún tipo de intervención en agudo pero esta no sea efectiva en forma crónica. Se pueden dar numerosas variantes en la práctica y el modelo no es útil para asistirnos a la hora de decidir. El modelo BPS, al mismo tiempo que es verdadero, es impreciso.

¿Cuál es el atractivo del modelo BPS y cómo se explica su éxito? El atractivo es que el modelo es cómodo, cualquier intervención que uno haga está bien ya que todo se enmarcará en alguna medida en lo biopsicosocial. Es un modelo poco riguroso que conduce a un Eclecticismo como el que se puede observar en la práctica, en la que el profesional se declara ecléctico o "ideológicamente neutro" pero lo que ocurre en realidad es que ignoran los esfuerzos conceptuales para evaluar la mejor intervención a aplicar sobre los pacientes. El modelo BPS evita discusiones sobre hipótesis de trabajo y estrategias de intervención. Emplear este modelo es no tomar partido. El modelo BPS no presta atención a los métodos de conocimiento biológico, psicológico o social, simplemente etiqueta estos conceptos en diferentes teorías y no discute sus ventajas y desventajas para un determinado paciente. Todos reciben medicamentos, tratamiento psicológico e intervenciones sociales porque todo es

biopsicosocial. No se trabaja para especificar cuándo los medicamentos funcionan o no, cuándo la psicoterapia ha demostrado ser efectiva o no, cuáles intervenciones sociales tienen mayor o menor impacto y cuándo estas intervenciones podrían funcionar mejor en forma combinada (8).

Pero todo esto tiene su costo. El empleo de las intervenciones en el marco del modelo BPS tiene baja efectividad, dudosa seguridad y altos costos, en definitiva es de pobre calidad.

El cambio de paradigma: hacia una salud mental basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental

El artículo 7 de la LNSM en su punto c) define claramente que la atención que deben recibir las personas con padecimientos mentales debe estar basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Este artículo acarrea un problema; el empleo del término "padecimientos mentales" es un término inapropiado, ya que es inespecífico y no está acorde con el cuerpo de conocimiento científico en el que el mismo artículo, pretende fundamentar la atención en salud mental. Los estudios científicos que brindan esos fundamentos fueron diseñados para los trastornos mentales y no para padecimientos.

Pero dejando de lado este punto, la declaración más significativa de este artículo es que define a los fundamentos científicos como base de la atención en salud mental. Se entiende por fundamentos científicos a todos aquellos conocimientos obtenidos empleando el método científico, que es uno de los tantos métodos empleados para obtener conocimiento del mundo que nos rodea (13). El método científico, en esencia, consiste en observar un fenómeno, elaborar una hipótesis, llevar a cabo los experimentos correspondientes y confirmar o descartar dicha hipótesis. Si los experimentos confirman una hipótesis, se puede establecer una ley y si no, se vuelve a empezar el proceso. El rasgo distintivo del método científico es que los conocimientos son obtenidos a través de la observación de los hechos y la experimentación (13). Es decir que se diferencia de otros métodos en la manera en la que obtiene el conocimiento.

¿Cómo se puede implementar el empleo de los conocimientos obtenidos a través del método científico a la salud mental? Para esto es necesario un cambio en el paradigma, y la mejor alternativa es el cambio hacia un Pluralismo Metodológico, cuyo enfoque original pertenece a Karl Jaspers y ha sido repensado por varios psiquiatras entre ellos Nassir Ghaemi (11, 14).

Este modelo parte de la concepción de que la mente del ser humano es compleja y esta complejidad no puede ser abarcada por un sólo método, no hay dogma que sea suficiente (12). Por esto deben emplearse varios métodos para la comprensión de la salud mental de un individuo, pero a diferencia del Eclecticismo, que afirma que todos los enfoques metodológicos son válidos, el Pluralismo trata de encontrar la mejor aproximación metodológica

para resolver un problema. El Pluralismo considera que cada metodología captura ciertos aspectos más efectivamente y correctamente que otras y por eso analiza todas las metodologías disponibles y evalúa, en función de la evidencia científica, cuál de todas prueba ser claramente superior a las demás. El error Ecléctico es asumir de antemano que todas las metodologías para resolver un problema son igualmente válidas; el Pluralismo no es la simple aceptación de las diferentes perspectivas metodológicas, la respuesta del Pluralismo es valorarlos (8, 11, 14). La conciencia metodológica es lo que lo diferencia al Pluralismo del Eclecticismo. Esta consiste en reconocer las ventajas y desventajas de cada método o técnica y la facultad de emplear el o los más apropiados a cada circunstancia específica (8, 11).

Para llevar a la práctica esta valoración metodológica el Pluralismo emplea las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE), que son una propuesta adaptada a partir de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Las PBE proponen una estrategia para la toma de decisiones en la práctica cotidiana a partir de la cual los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental tienen la posibilidad de conocer las mejores evidencias científicas disponibles para cada pregunta asociada a un trastorno mental en particular.

La estrategia de las PBE se aplica para evaluar métodos diagnósticos, pronósticos, intervenciones terapéuticas, posibles etiologías o cualquier otra pregunta en el área de la salud. Esta evaluación se basa en evidencias científicas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural y ético. Constituyen un modelo para la toma de decisiones en la práctica diaria. En concreto, los pasos de la PBE parten de la formulación de una pregunta o un problema de salud, siguen con una búsqueda sistematizada y ordenada de la literatura científica, continúan con la valoración crítica de los hallazgos y su clasificación en grados de evidencia, y terminan con la selección de la mejor evidencia disponible para que los profesionales integrantes del equipo tomen una decisión.

A diferencia del modelo BPS, las PBE enumeran todas las alternativas disponibles para la resolución de un problema de salud mental, analizan en función de la información disponible cuáles de ellas tienen y cuáles no tienen evidencia científica, comparan el grado de fuerza que tiene la evidencia para el problema que se quiera resolver y, en función de esto, establecen una recomendación.

Este enfoque, que surgió en la década del '80, ha sido aplicado a todos las ramas de la salud pero aún encuentra marcada resistencia entre los profesionales de la salud mental. Para lograr un cambio de escenario y pasar de un paradigma Ecléctico a uno Pluralista es fundamental que los integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental estén convencidos de las ventajas de este marco conceptual y entrenados para poder aplicarlo a su práctica cotidiana.

El problema que se debe evitar con las PBE, es llevar el modelo al extremo y considerar que la única evidencia que avala la toma de decisiones es aquella que provie-

nen de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA), diseño experimental que tiene máximo grado de evidencia de las PBE. Pensarlas de esta manera, dejaría de lado toda la información proveniente de los estudios observacionales y cuasi experimentales (aquellos en los que no es posible la randomización). Esta forma de pensar la PBE es perjudicial sobre todas las ramas de la salud, y en particular para la salud mental, para la cual no siempre es posible diseñar ECCA y en muchas ocasiones las decisiones, sobre todo a nivel de las intervenciones psicosociales, deben tomarse con estudios de menor grado de evidencia (15).

Inconsistencias entre la LNSM y el PNSM: cómo impactan la práctica

La LNSM al plantear que los tratamientos de salud mental a los que tienen derecho los argentinos deben estar basados en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, propone un modelo Pluralista que emplee como estrategias las PBE. Sin embargo, en la base conceptual del PNSM ese derecho fue omitido y, en consecuencia, el marco conceptual que guía el plan se vuelve Ecléctico.

Estas inconsistencias entre la LNSM y el PNSM se ven reflejadas en aspectos prácticos y quedan ejemplificadas al analizar las publicaciones de la DNSMyA para los equipos de salud (16). En estas, la DNSMyA establece los lineamientos para la atención de 3 importantes problemas de salud mental: la urgencia, el consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes y el intento de suicidio en adolescentes. El primer problema que surge de la lectura de estas publicaciones, es que no queda claro qué son los "lineamientos", en particular qué metodología se empleó para su elaboración y si se ajustan o no a LNSM. El término "lineamiento" es poco específico y no está definido. Lo que hubiese sido adecuado, en lugar de los lineamientos es la elaboración de "guías de práctica clínica" que es lo que MSAL ha hecho para otros problemas de salud. Las definiciones y metodología para la confección de estas guías están claramente explicitadas en la misma página del Ministerio (5):

"Las Guías de Práctica Clínica constituyen una herramienta importante dentro de la estrategia de implementación del modelo de atención de enfermedades crónicas. Son conjuntos de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible cuyo propósito es facilitar al equipo de salud, a las personas y a sus cuidadores, la toma de decisiones sobre su asistencia sanitaria. Este apartado contiene las guías de práctica clínica elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación, para el abordaje de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Las mismas son resultado de un proceso metodológico riguroso llevado adelante por un equipo interdisciplinario constituido por expertos temáticos, expertos en metodología de la investigación y potenciales usuarios. Contienen recomendaciones basadas en evidencia, cumplen con los estándares de calidad propuestos por la colaboración AGREE, presentan independencia editorial y están financiadas en su totalidad por éste ministerio"

Es difícil entender por qué motivo el MSAL no empleó esta metodología para elaborar las guías referentes a los problemas de salud mental, diferenciándolos del resto de los problemas de salud. Se emplea una metodología pluralista basada en la evidencia científica valorando rigurosamente las alternativas terapéuticas para elaborar la "Guía de Riesgo Cardiovascular", la "Guía de práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2" y la "Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad" pero no se hace lo mismo para otras enfermedades crónicas no transmisibles como las de salud mental. Esto lleva a pensar que aún no tenemos una visión integral de la salud.

Es todavía más difícil de entender el escenario en el campo de las adicciones. Por un lado tenemos el tabaquismo, para el que MSAL elabora la "Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2012", una guía elaborada rigurosamente con recomendaciones basadas en evidencia científica para sistematizar el tratamiento del tabaquismo, que incluye intervenciones conductuales y farmacológicas, y herramientas para facilitar su implementación (5). Por otro lado, tenemos otra adicción, el alcoholismo, para la que se elaboran los "Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes" que no definen su metodología de trabajo y enumeran una serie de opiniones sin una evaluación rigurosa (16).

Al leer cualquiera de las "guías de práctica clínica" y compararla con cualquiera de los "lineamientos" uno puede ver claramente los problemas prácticos que acarrea el uso de diferentes marcos conceptuales. Para ejemplificar los problemas prácticos que surgen del empleo de diferentes marcos conceptuales en la LNSM y las publicaciones de la DNSMyA, se tomará como ejemplo los "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes". En la Argentina, las defunciones por suicidio adolescente son un problema de salud pública. La tasa de defunción por suicidio en esta población se ha duplicado en los últimos 20 años conformando la segunda causa de mortalidad en este grupo etario (17). Esto marca la magnitud del problema que estamos analizando e indica la necesidad de herramientas que orienten a los equipos de salud mental sobre las formas de intervenir en esta población.

Al analizar los "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes" (18) para el equipo de salud de la DNSMyA los puntos más importantes son la evaluación del riesgo suicida (punto 4, página 22), las estrategias terapéuticas inmediatas (punto 5, página 26) y las estrategias terapéuticas a mediano plazo (punto 6, página 27).

En relación con la evaluación de riesgo suicida, los lineamientos sólo listan una serie de factores de riesgo y factores protectores, sin determinar cómo estos factores deben ser combinados o jerarquizados en la práctica para la evaluación del paciente con conducta suicida, para poder establecer diferentes grados de riesgo y actuar en consecuencia. No hay un análisis basado en la evidencia

científica de la utilidad de cada uno de estos factores. Tampoco se analizan rigurosamente las propiedades de los diferentes instrumentos y escalas disponibles para valorar el riesgo suicida en este grupo de pacientes. Lo que es peor, al avanzar la guía, en el punto 5, establece que cualquiera de los siguientes factores de riesgo configura una situación de riesgo inminente (y por lo tanto de internación) y enumera entre otros las acciones suicidas de alto grado de impulsividad, los antecedentes de intento de suicidio previo, el consumo de alcohol y presencia de “*patología mental*”, entre otras. Esto es incorrecto y genera un alto nivel de confusión ya que ninguno de estos indicadores, por sí mismo, marca riesgo inminente. El más claro ejemplo es el antecedente de conducta suicida: si bien sabemos que es un factor que aumenta el riesgo de un desenlace fatal, el antecedente de conducta suicida previa no implica que el paciente esté en riesgo inminente y, por lo tanto, deba ser internado. Si uno siguiera estos lineamientos terminaría internando pacientes que no se deberían internar, que es justo lo que pretende evitar la LNSM.

Por otro lado, en relación a las estrategias terapéuticas inmediatas los lineamientos sólo hacen hincapié en una intervención, la internación, e indican que la misma debe hacerse en un Hospital polivalente y que dentro de las 48 h el paciente debe ser evaluado por personal de salud mental. Explicita que la internación no debe realizarse en un Hospital monovalente. No hay evidencia que sostenga esta recomendación. Pero lo más importante, más allá del lugar donde se interne al paciente en riesgo inminente, es si corresponde o no la internación y qué medidas terapéuticas se llevan adelante una vez internado. Esto tampoco se explicita. No se define ninguna otra estrategia de abordaje inmediato del paciente adolescente con conducta suicida. No se evalúan los niveles de evidencia para las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas: la terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia de resolución de problemas, terapia familiar, terapia psicodinámica, etc. y tampoco se establecen grados de recomendación.

En relación a las estrategias terapéuticas a mediano plazo, además de dejar de lado el análisis de todo el aba-

nico intervenciones psicoterapéuticas, no hace referencia a intervenciones farmacológicas sobre los pacientes con conducta suicida, ni siquiera establecen recomendaciones sobre temas complejos que requieren de análisis profundos como el empleo de antidepresivos en adolescentes.

En definitiva, los “lineamientos” son Eclécticos, emplean como marco conceptual el modelo BPS, listan una serie de conductas y omiten muchas otras, no hay un criterio sistematizado de selección, no valoran las intervenciones en relación a los fundamentos o evidencia científica disponible y no son útiles para tomar decisiones en la práctica por el equipo interdisciplinario de salud mental. El enfoque de los problemas de salud mental a partir de un modelo Pluralista como indica la LNSM llevaría a la confección de “Guías de Práctica Clínica” que empleen una metodología clara y rigurosa, llevadas adelante por un equipo interdisciplinario y valorando la opinión de potenciales usuarios, que analicen sistemáticamente todas las estrategias terapéuticas, establezcan recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, éticamente aceptables y con estándares de calidad y que tiendan a facilitar la toma de decisiones en salud mental.

Conclusión

La nueva LNSM define que la atención debe estar basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Esta declaración puede ser el punto de partida para el cambio de un paradigma Ecléctico a uno Pluralista para el ejercicio de las prácticas en salud mental en Argentina, acercándolas al resto de las prácticas en salud. Esto se puede alcanzar empleando las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) como estrategia. Para tener herramientas coherentes con la LNSM los Planes, Programas, Guías de Práctica Clínica y cualquier otra debe fundarse en la equidad, universalidad y ética pero siempre basándose en la mejor evidencia científica disponible, dentro de los costos que se puedan pagar y atendiendo a las preferencias de los usuarios ■

Referencias bibliográficas

1. OMS. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 2012; Available from: http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf?ua=1.
2. OMS. Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). [10 de Junio de 2015]; Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/.
3. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
4. MSAL. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Decreto Reglamentario 603/2013. [10 de Junio de 2015]; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf.
5. MSAL. ¿Qué son las guías de práctica clínica?; Available from: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>.
6. MSAL. Plan Nacional de Salud Mental. 2013; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf.
7. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Económica FdC, editor. México1971.
8. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry. 2009 Jul;195(1):3-4.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
10. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535-44.
11. Ghaemi SN. Psiquiatría. Conceptos. Mediterraneo E, editor. Santiago, Chile2008.
12. Ghaemi SN. Paradigms of psychiatry: eclecticism and its discontents. Curr Opin Psychiatry. 2006 Nov;19(6):619-24.
13. Chalmers A. Qué es esa cosa llamada ciencia? Segunda ed. Argentina: Editorial Siglo XXI; 2010.
14. Ghaemi SN. Existence and pluralism: the rediscovery of Karl Jaspers. Psychopathology. 2007;40(2):75-82.
15. Ghaemi SN. The case for, and against, evidence-based psychiatry. Acta Psychiatr Scand. 2009 Apr;119(4):249-51.
16. DSMYA. Publicaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina [10 de junio de 2015]; Available from: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/publicaciones>.
17. DSMYA. Información básica en salud mental y adicciones Infanto-juvenil 2014. 2014; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-12-18_informacion-basica-en-salud-mental-adicciones-infanto-juvenil-2014.pdf.
18. DSMYA. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. 2012; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf.

el rescate y la memoria



Las tesis doctorales en la Universidad de Buenos Aires

Norberto Aldo Conti



Edicto de creación de la Universidad de Buenos Aires,
12 de agosto de 1821

La fundación de la Universidad de Buenos Aires en 1821 se realizó sobre la base administrativa y docente del Real Colegio de San Carlos, heredero de la tradición intelectual de los jesuitas, expulsados de los territorios de la Corona de España 1767. Esa tradición incluía la confección y defensa pública de una tesis para completar los estudios de grado en todas las titulaciones que se ofrecían tanto en los Colegios Superiores como en las Universidades. Por ese motivo en los reglamentos de la naciente Universidad se disponía entre las condiciones de egreso:

“Un examen de preguntas precisas por tres catedráticos de la Facultad de grado, sin ceñirse a ningún tratado particular, por espacio de una hora ... Una disertación que debe asimismo durar una hora ... Aprobada la disertación debe el funcionante leer en público su disertación, sostener una tesis, y sujetarlas a las réplicas y preguntas que le hagan los mismos catedráticos y examinadores.”

De los primeros treinta años de existencia de la Universidad poco sabemos del destino de sus tesis, algunos ecos de su impacto en la sociedad porteña se podía encontrar en publicaciones periódicas cuando presentaban alguna resonancia política pero su publicación era muy poco probable dado el alto costo económico que ello implicaba.

Pero a partir de 1852 la Facultad de Medicina reglamenta la publicación obligatoria de todas las tesis doctorales y en 1853 fija las siguientes disposiciones para el doctorado:

“El tema de la tesis es libre ... El manuscrito se presenta a la Facultad para ser visado por el padrino que el aspirante hubiese elegido ... La impresión es obligatoria,

se distribuyen ejemplares entre los catedráticos y los demás son archivados ... se indica día y hora de defensa de tesis ... el padrino se hallará presente pero no participará en las discusiones.”

Una nueva reorganización administrativa tiene lugar en 1874 pero esta no afecta al reglamento de tesis, la única novedad llega en 1886 con la inclusión de un premio anual, consistente en una medalla de oro, para la mejor tesis defendida en cada Facultad por año calendario.

Al llegar a la década del '80 encontramos un aumento sin precedentes del número de tesis presentadas en la Facultad de Medicina y, por lo tanto, de la matrícula profesional que ingresa al campo médico porteño, solo a título informativo podemos destacar que entre 1821-1879 se presentaron 349 tesis y entre 1880-1910 se presentaron 2031 tesis. Esto nos habla de la construcción, en ese período, de una matriz profesional médica porteña que va acoplada a un gran aumento poblacional a expensas de la inmigración masiva y al desarrollo y consolidación de una cosmovisión positivista en la sociedad en la cual el saber médico alcanza un prestigio sin precedentes que lleva hablar de una *“cultura científica porteña”* en torno a la época del Centenario.

El texto que hoy presentamos es una selección de fragmentos de una tesis correspondiente al inicio de este período positivista del pensamiento argentino, fue defendida en 1883 por Pedro Alcácer y, con el nombre de *Locura y crimen*, aborda un análisis crítico de la clasificación de *“las locuras en general”* para luego hacer una descripción clínica de cada una de ellas y analizar también los alcances médico legales en torno a la responsabilidad de los actos de los alienados ■



Pabellón de Clinoterapia, Hospicio de las Mercedes, circa 1910 AGN.

Tesis doctoral. Locura y crimen*

Pedro Alcácer (1883)

Capítulo I

División y clasificación de las locuras en general

Si hemos de examinar todas las formas de locura criminal, desde la simple incapacidad mental del imbécil y del idiota, desprovistos ámbos de todo carácter inteligente y condenados á rodar sin conciencia en el círculo estrecho de una vida meramente vegetativa; hasta la locura perfectamente confirmada del maníaco furioso y colérico, del lipemaníaco sombrío, amenazado y amenazador, ó ambas cosas á la vez, el espíritu se aturde y difícilmente se atina con una solución que llene las exigencias más justificadas que, reclaman á una, la experiencia en una larga labor adquirida y la ciencia moderna, día á día ambiciosa de nuevas y espléndidas adquisiciones.

Muy lejos de mí la idea de agrupar en una división arbitraria, hechos que corresponden á divisiones, reales sin duda, pero cuyos deslindes nuestra mente es incapaz de abarcar en toda su magnificencia y latitud.

Imposibilitados para establecer una división fundamental e incontrovertible, cual es la ambición de nuestra actitud científica, grandemente reservados y humildes, acaso por sospecharlos deficientes, deben ser nuestros ensayos de una división, y mayormente de una clasificación, tanto más si consideramos que, como dice Luys,

la ciencia mental no está aún, á pesar de las conquistas con que día á día sus caudales, sino en la faz primera y embrionaria de su desarrollo.

Si he de atenerme á mis propias impresiones y á la opinión respetadísima de un notable autor inglés, Maudsley, y de numerosos alienistas, al examinar las variantes numerosas de la locura, dos grandes rasgos sobresalen sin esfuerzo de aquel sin número de variedades, rasgos que fundan dos grandes divisiones.

La primera que abarca afecciones distintas, pero cuyos caracteres análogos permiten agruparlos bajo el epígrafe general de "Insanías del Pensamiento" ó locuras delirantes simplemente; la segunda que comprende psicopatías de carácter á tranquilo ó inofensivo, aunque no menos acentuado, llamadas "Insanías de los Sentimientos y de los Actos", caracterizadas por la casi total carencia del delirio y de la incoherencia en el funcionamiento del sistema de la vida de relación.

La primera división estaría mejor clasificada denominándola, con Maudsley, "Locura de las Ideas"; la segunda, "Locuras Afectivas".

Acaso esta división, tan sencilla en sí, no satisfaga aspiraciones por demás legítimas; pero no trepido en aceptarla como síntesis de un trabajo de observación que

* El texto se reproduce tal como fue publicado en su versión original, respetando el estilo y la grafía de época.

me es propio y que satisface y llena mis limitadas exigencias del momento.

(...)

En un primer grupo colocaremos todo ese conjunto de desórdenes psicopáticos comprendidos bajo el epígrafe general de "Manías" (para el vulgo el único género de locura existente) en que el trastorno del pensamiento es franco y en que el delirio es más ó menos viváz, incoherente y difuso, ó reducido á un círculo de ideas ó de palabras trucas y sin sentido racional determinado: considerando esta fijeza y difusibilidad de un delirio más ó menos frenético e irritado, una subdivisión se ofrece de por sí, y tenemos así concebidas y delineadas las manías, general la una (aguda ó crónica), parcial y limitada la otra.

Al ensayar la subdivisión que dejo apuntada, una nueva observación se ofrece á nuestro ánimo, y es ella la que indefectiblemente nos conduce á considerar el carácter individual que acompaña al delirio de la locura parcial en el círculo de sus trastornos mórbidos; en efecto, en ella el delirio es unas veces irritado, amenazador, colérico, signo indudable, en fin, de un trastorno agudo, hiperémico si se quiere; otros silencioso, inofensivo, sombrío, síntoma indicador también de un proceso mórbido de otro carácter sin duda que el primero y de naturaleza isquémica, como ha dado en llamarse en la actualidad.

Es aquella observación quien define por sí y delinea los límites acaso caprichosos y rutinarios entre la monomanía y la lipemanía de Esquirol, procesos mórbidos ambos, que corresponden sin duda, á una misma entidad patológica con sus dobles y distintas fases dependientes del avance mas ó menos amplio de las evoluciones texturales de los órganos afectos.

Una observación análoga nos lleva á considerar el debilitamiento progresivo, lento y ascensional que las facultades mentales del loco experimentan hasta la completa caducidad de su espíritu y su organismo.

Debilitamiento es este perfectamente concebido y mejor explicado en la actualidad: y es el exámen detenido y directo unas veces, de los órganos, cuerpo del delito y el razonamiento inductivo, otras, basado en una observación lejítima quien nos da la clave segura para penetrar el misterio sombrío de aquel proceso cuyo prólogo es una debilidad funcional completa, semejante á la del idiota ó del imbécil, si este alguna vez hubiera poseído lo que el demente ha perdido y cuyo término es la muerte.

Tenemos pues así explicada la demencia, término fatal de una locura que ha recorrido las fases todas de la enajenación y de una decadencia mental que con razón la define Maudsley "la destrucción del espíritu por la enfermedad".

Por fin debo considerar dos clases de locura para las cuales todos los autores tienen privilegiado un lugar especial en el cuadro de sus clasificaciones.

La locura epiléptica y la parálisis general de los alienados, en la cual á los trastornos cerebrales pero enlazados va unida una lenta y progresiva parálisis muscular cuyo término es la muerte.

Insisto con marcada tenacidad en la deficiencia de una tal división basada unicamente sobre síntomas mentales, pero que presentan la facilidad de agrupar bajo un epígrafe incompleto si se quiere, afecciones cuyas causas no investiga pero que no desconoce y que son la clave para fundar un diagnóstico clínico y una acertada terapéutica.

Pero, por deficiente que la suponga, no me negaré á suscribirla, si he de ver en ella una simple división basada en síntomas palmarios y de observación diaria, y no una clasificación pretensiosamente pomposa que muy lejos está aún de parecerse á las agrupaciones naturales ó familiares, que es el justo desideratum de la ciencia moderna, munida de una sabia observación, de las causas, de los síntomas físicos y mentales, de la marcha de la enfermedad y secundada en fin, por una razonada generalización inductiva á que justamente autoriza una larga experiencia científica.

Bosquejo una clasificación solamente, no clasifico.

Divido porque necesito orientarme de alguna manera; no acepto una clasificación, ni aún la de Luys, la más ajustada á la actualidad científica, pero falta de la base patofisiológica en que imagina apoyarse, porque no entreveo ninguna incontrovertible, capaz de soportar los tiros de una crítica juiciosa y estoy convencido de mi insuficiencia para ensayar alguna.

Capítulo III

(...)

Locuras observadas

El epígrafe de este capítulo tiene su explicación.

Hacer un explicación suscita de todas y cada una de las locuras que pueden impeler al crimen, sería una empresa laudable sin duda, pero ella traspondría los límites de mis pretensiones y de mi propia observación.

No obra, pues, en mí ánimo otro motivo, al limitar así mi trabajo que ajustarme á lo que es del dominio de mi observación, ilustrada por un estudio que me felicitaré siempre haber emprendido.

Manías impulsivas

Los alienados que sirven de casos prácticos á mis observaciones, me han sugerido estas consideraciones que estimo ajustadas á un razonamiento fisiológico y clínico.

Debo, ante todo, manifestar mi conformidad, con todos los autores modernos, que no considero á la manía impulsiva como una afección mental distinta y tan perfectamente delineada en su evolución, como para erijirla en una entidad mórbida especial.

Verdadero delirio de los actos, como la llama Luys, ella es conciente ó inconciente y en ambas circunstancias involuntaria, como que depende de un trastorno funcional que irreprochable; en el primer caso, el crimi-

nal se da cuenta del acto criminal y á pesar de todo su organismo en rebeldía prevalece sobre su voluntad; en el segundo, no mide el alcance de su crimen, como tampoco mide el de su puñal homicida ó suicida.

En ambos casos sucede á aquella sobreexcitación incoherible de la impulsión criminal, un período de calma que tiene su explicación en un cansancio nervioso, calma es esta que coloca á las manías impulsivas en la categoría de accesos paroxísticos que acompañan de igual manera el delirio de un maniaco furioso que el de un lipemaniaco sombrío y perseguido ó el de un ambicioso delirante de grandezas y fortuna.

Aquel caracter paroxístico les da un aspecto fisonómico.

(...)

El primero se cree perseguido por sus compañeros de infortunio, tiene alucinaciones visuales y auditivas, todos le acechan y pretenden hacerle mal; su alegría genial, que antes manifestaba en fáciles décimas cantadas en voz baja al son de una guitarra por el fabricada, burlando la vigilancia de sus celadores y guardianes en el abandono de su celda, ha sido sustituida por un caracter sombrío y apático; los alimentos llevan para el venenos con que sus enemigos se entretienen en condimentarlo; su inteligencia no columbra otro medio de salvación á tanto peligro que uno extremo y digno á su insana desesperación.

Busca un fragmento de acero y lo hunde en el pliegue de su codo izquierdo para morir exangüe. (Observación N. 11)

(...)

En otros (Obs. N. 12) el objetivo de la manía, lo he dicho ya, es el incendio y, perseguido ó perseguidor, el loco pusilánime y frenético pone fuego á su propia guarida en donde se oculta de la justicia que lo persigue por criminal, imaginando este, un medio de salvación seguro, ó quema la casa de su semejante más inofensivo, tan solamente por dar pábulo á sus perversos instintos, irremediables en su impulsión criminosa.

Tenemos así un *modus essendi* de la manía impulsiva, la piromanía.

En otros el uso consuetudinario del alcohol crea lentamente ó despierta de súbito un acceso impulsivo y, alucinado ó nó, hiere al que encuentra á su paso, creyendo vengar de esta manera una supuesta ofensa á el inferida, ó defenderse de quienes no le persiguen ni le maltratan en realidad.

Pasado el acceso conserva, ó no, memoria del hecho, si lo primero, por regla general, se les halla arrepentidos de lo que entonces aprecian como un crimen.

La ley no castiga inexorablemente á este criminal, pero debe hacerlo y lo hace de una manera inflexible, á aquel vicio

(...)

Todo lo que rodea al psicópata le es indiferente mien-

tras es algo que no afecte á su preocupación; su voluntad es impotente para querer ó no querer; el insomnio es tenaz y casi constante; la mirada es siempre vaga y tímida hasta la cobardía y por regla general, que tiene con frecuencia su comprobación; esta manía reconoce alguna herencia mórbida en los antepasados, que estalla con más ó menos vehemencia en el psicópata criminal.

(...)

Manía aguda y crónica

Sentado el hecho de que, una manía como la hemos llamado, impulsiva, no es sinó una manera de ser que acompaña á muchas formas de locura, interrumpiendo su evolución mórbida con sus accesos paroxísticos violentos, tócame considerar otra forma de que abarca en su estudio una cantidad máxima de hechos fisiológicos y clínicos de importancia, la manía aguda.

Colocada por Luys en el número de sus hiperemias generalizadas, no tiene por causas generatrices otras que las que provocan las diversas formas de enajenación mental.

Ellas se refunden diciendo que son adquiridas y hereditarias; en efecto, una impresión moral exagerada, una meningitis simple ó específica, una fiebre violenta, una afección cardíaca una insolación que produce una congestión cerebral brusca y trastornos cerebrales consecutivos, el alcoholismo, etc. son causales que se hallan en el número de los adquiridos.

Neurosis hereditarias como la epilepsia, el corea, la histeria, una esclerosis posterior, tec., se encuentran en el número de las segundas, y son más que determinantes, causas predisponentes y ocasionales que elaboran lentamente el terreno en que una tal psicopatía se ha de desarrollar.

Lijeros pródromos ni sospechados acaso por el médico ni por el enfermo que se enajena, abren su escenario mórbido y avanzan roedores en su marcha.

Un cambio de carácter, un disgusto inusitado á consecuencia del más lijero contratiempo, la repulsión á antiguos hábitos, una ilimitada ambición de lo que no es dado alcanzar ó una sobreexcitación provocada por la soledad y el silencio propio de una vida celular casi continua, una preocupación sistemada e incesante sobre lo pasado y sufrido, sobre sus contrariedades ó actos criminales, un ilusorio llamado á concurrir á todo lo que pasa, un insomnio enfermizo y casi constante, producto de la excitación en que se vive, un estado febril mas ó menos acentuado, un desgano sistemado por los alimentos, violentos arranques impulsivos, trepidación en la palabra que brota airada y colérica cuando no trunca e incoherente, una creciente pérdida de la conciencia de los actos, una pérdida igualmente de los sentimientos; he ahí la sintomatología más comun con que comienza una manía aguda.

A estos signos que podemos apellidar premonitorios de la manía que vendrá luego suceden otros más acentuados y característicos.

El monomaniaco criminal comienza su delirio que es arrebatado, incoherente y frenético; sus alucinaciones, sobre todo las visuales y auditivas comienzan, sus párpados entreabiertos dejan ver unos ojos sangrientos y provocativos, los movimientos son ajitados y convulsivos, la palabra es sonora y animada, la sangre acude tumultuosa al rostro que se manifiesta iracundo y contraído como toda facies de un enajenado, la apostura del cuerpo es gallarda e insolente, la impulsión criminal más dolosa estalla en el con frenesí; el psicópata empieza á ser peligroso y amenazador, destruye cuanto se opone á su paso, sus sienas ardorosas laten con violencia y al unisono con su pulso febril, el desorden en su pensamiento es franco, en fin, toda una sobreexcitación incoherible se desata y rompe todo el equilibrio mejor cimentado.

La manía aguda está entonces ya bien caracterizada.

La ley no alcanza á ese maniaco peligroso; ella se hizo para el criminal conciente, íntegro en sus funciones, libre y mal intencionado á sus actos; el maniaco nada de eso tiene, por eso es que para el se abre, no un presidio, sino un hospicio de alienados.

(...)

El círculo de la actividad decrece rápidamente á consecuencia de un desgaste orgánico fatal; la marcha invasora del mal se acelera y no es raro ver á los maniacos crónicos, todavía lijaramente excitados, morir súbitamente arrebatados, por una detención brusca de la circulación, una lesión cardíaca, una apoplejía pulmonar ó un síncope instantáneo.

(...)

Los intervalos lúcidos de ambas manías son tan cortos, tan mal definidos y tan fugitivos, que á mi modo de ver, con justa razón nuestra legislación no las considera para hacer al alienado responsable de sus actos mientras ellos duran, sino que, á pesar de ellos, los considera siempre insanos.

El art. 2 del título X de nuestro Código Civil se expresa de esta manera: "Se declaran dementes los individuos de uno y otro sexo que se hallen en estado habitual de manía, demencia é imbecilidad, aunque tengan intervalos lúcidos, ó la manía sea parcial".

Nuestro Código, á mi modo de ver, se ajusta á toda una exigencia científica bien justificada y es aún más sabio y justiciero, cuando añade en el art. 2 de su título XIII: "Son incapaces de administrar sus bienes, el demente, aunque tenga intervalos lúcidos, etc." y cuando los declara incapaces de ser testigos aún en medio de sus lucideses intermitentes.

Así descritas las manías, fácil es comprender como ellas conducen al psicópata á ejecutar actos que serían criminales si ellos fueran, concientes voluntarios y mal intencionados en la acepción moral de la palabra.

(...)

Lipemanías

Esta forma de enajenación mental colocada por Luys en el cuadro de sus isquemias localizadas" y cuya sintomatología á veces interrumpida por violentas excitaciones, recuerda por lo demás aquella torpeza nerviosa ó apatía, signo invocado por todos desde Esquirol hasta Maudsley y base de una división fundada en síntomas los más predominantes; no reconoce otras causas distintas á las que originan á las demás psicopatías.

Ella es como la definía Esquirol "una afección cerebral caracterizada por un de lirio parcial, crónico, sostenido por una pasión triste, debilitante u opresiva".

(...)

Entre las causas que la originan encontramos ya señaladas en Esquirol, las estaciones, los climas, los vientos reinantes, en efecto, es proverbial el otoño como generador de las lipemanías, el abandono de un clima corno origen de la nostalgia y entre nosotros los vientos del norte que nos ocasionan tenaces dolores de cabeza y una postración de ánimo, un abatimiento físico y moral sino del todo lipemaniaco, muy proximo á lo menos á la melancolía.

Un temperamento y una constitución debilitados, una visiosa educación, una pasión triste y abrumadora, toda expresión moral desagradable, la miseria, la privación, una infidelidad conyugal, la traición dolorosa de un amigo, una contrariada vocación, un revés de fortuna, el fracaso en una tentativa, toda causa de depresión orgánica y moral, en fin, que interrumpe las funciones de nutrición trófica de nuestros centros nerviosos y de nuestro organismo en general, son otras tantas causas determinantes de la lipemanía, en numerosos casos hereditaria o producto de neurosis deprimentes que afectan á los progenitores.

Considerada no como un signo primordial de toda locura, sino como una entidad mórbida definida, ella tiene signos prodrómicos que la anuncian de antemano.

Un cambio en el caracter, una tristeza insólita y constante, el deseo de la soledad y el silencio, la fijeza á un mismo pensamiento siempre sombrío, una preocupación, celosa si no fuera insana, por una salud que se siente quebrantada y enfermiza, un delirio parcial con alucinaciones sensoriales casi constantes, una angustia que raya en desesperación; tales son los signos premonitorios de una lipemanía próxima á desarrollarse en todo el cortejo de sus síntomas.

(...)

Sin conciencia de lo que intenta, sin libre espontaneidad, lesionada su integridad funcional, pervertidos sus sentimientos, degenerados sus apetitos, el lipemaniaco, no es sino una máquina que se mueve á impulso de animales instintos y alucinadas sensaciones, falta de una realidad objetiva.

(...)

Afección de una marcha lenta y remitente, como decía Esquirol, cura difícilmente ó bajo un simple tratamiento moral ó sintomático ó se transforma en un delirio ambicioso de grandezas y el lipemánico se manifiesta emprendedor, exigente inquieto y sobresaltado en medio de sus riquezas ilusorias, de sus alucinadas grandezas y poderío, edifica imperios por el gusto de destruirlos, mantiene relaciones con reyes, emperadores y presidentes, decora su pecho con pomposas insignias y medallas conmemorativas de combates que tan solo tuviera por campo su cerebro, gallarda y vana es su postura, pretenciosa su palabra, en fin, asistimos á una franca megalomanía con todos sus ilusorios esplendores.

Otras veces la lipemania degenera simulando una mejoría que no es del todo verdadera; hay tan solo menos intensidad en las manifestaciones exteriores y es entonces francamente crónica.

Otras al contrario coexiste con un abatimiento orgánico, manifiesta una exaltación nerviosa incoherible y una angustia desesperada ó una apatía próxima al colapso ó al estupor y tenemos el delirio de los perseguidos ó de los lipemánicos ansiosos, las alucinaciones más desesperadas y deprimentes, la estupidez, la imbecilidad, en fin, signos finales de una alimentación trópica insuficiente y de una decadencia orgánica y psíquica manifiesta.

¿Cómo una lipemania conduce al crimen, al homicidio, al suicidio, al incendio?

Cuesta bien poco concebirlo y los hechos que una triste realidad confirma y una estadística criminal corrobora no debilitarán, antes bien confirmaran á todos sus detalles la observación tristemente verídica escrita en cualquier tratado de enajenación mental ó de psicopatía forense.

Locura epiléptica

Difícil es pronosticar una epilepsia que se desarrolla bajo una forma latente ó larvada y sin intención de antemano concebida se levanta en el ánimo una duda abrumadora al abordar una cuestión como la que ahora va á ocuparme.

¿Dónde empieza la insanía de ese epiléptico y donde concluye su cordura?

En el no observamos antes de su primer acceso, si hemos de ajustarnos al exámen de sus síntomas, sino un carácter más irascible en su principio, una pasión más violenta, y nada en verdad nos autoriza para mirar en él un maníaco ó un lipemánico.

A un simple cambio de carácter, se reduce á ultimo análisis sus trastornos primordiales.

Acaso encontramos en su historia clínica alguna neurosis que aquejara á los antepasados ó una epilepsia larvada ó francamente manifiesta en los mismos.

(...)

La epilepsia, neurosis “cerebro-espinal” como la definen la mayoría de los patologistas, tiene al decir de Jacoud por doble causa generatriz “una hipemania de los lóbulos cerebrales y una excitación anormal del mesocéfalo”.

Condiciones son estas que explican la suspensión de las operaciones cerebrales y las convulsiones generales y simétricas que agitan al epiléptico: y la independencia de sus puntos de partida, explica suficientemente también la independencia de sus manifestaciones mórbidas, y con razón, nada cuesta concebir una inercia cerebral simultánea de una superactividad del bulbo.

(...)

Todos los autores de psicopatía forense están de acuerdo en concederá la epilepsia, á la vez que intervención directa en la criminalidad, síntomas prodrómicos que la anuncian, quizás con demasiada vaguedad, pero que corresponden á lesiones orgánicas ostensibles, causas determinantes de trastornos mentales numerosos y próximos á la locura.

En efecto, día á día observamos que, sea por una contrariedad moral cualquiera, un desencanto, un fracaso comercial, una traición, una noticia intempestiva é ingrata, el ánimo decae, el organismo languidece, todo un proceso incipiente de lipemania melancólica se desarrolla; tristes y abatidos, el trabajo les es oneroso; todo les sobresalta y contraría; los antiguos hábitos son odiosos, los nuevos son insanos; en aquel incipiente trastorno, la concepción es lenta y difícil, el insomnio es frecuente, el sueño es intranquilo, acompañado de una emisión incontinente de orina, la memoria está trunca, desacordadas e incoherentes las ideas; las facultades intelectuales todas están heridas ó próximas á estarlo.

En otra circunstancia es una manía ostensible lo que inaugura aquel escenario; aparece todo el comienzo del delirio de un megalómano ó de un perseguido con todo su cortejo sintomatológico, con sus alucinadas percepciones y ambiciones desmedidas, con sus ridículos temores á fantasmas, espectros, sombras ó enemigos que los persiguen.

(...)

El médico legista observados no puede permanecer de manera alguna indiferente á lo que ante él pasa; necesario es indagar el origen de aquel trastorno en su dualidad física y moral, para abarcar en toda su latitud el sigiloso comienzo de aquella epilepsia que se insinúa.

Aquello no es sinó un pródromo, un ensayo del aura epiléptica que inaugurará el ataque; pero el enfermo, en un raptó de ira, producto de sus insanas percepciones solamente, arma su mano de un puñal, y con la palidez de la rabia en el rostro, entreabiertos sus párpados, brillantes sus ojos, comprimido y cárdeno su labio, sin exhalar un grito, acaso sigiloso y precavido, sin vacilar en su paso firme y no convulso, sin medir el alcance de lo que intenta, falto de conciencia, alucinado en su per-

cepción, no mide tampoco el alcance de su brazo, y hiere y destroza á quien se le pone por delante, á aquél porque le hace mal, á éste porque le acecha para arrebatarle su imaginaria fortuna, á todos con la única razón de que siente mal y percibe peor.

Esto no es en realidad un ataque de epilepsia, no es quizás ni una aura epiléptica siquiera; sin embargo los fastos del crimen le registran en los causales de una culpa que en la actualidad el médico y el moralista palian, en aras de una verdad cuyo alcance ellos solamente están llamados á medir.

Satisfecho el acto criminal que se ha intentado con violencia, el ánimo reposa en calma de su exaltación; la impulsión criminal ha sido para el epiléptico una pesadilla violenta cuyos detalles recuerda incompletamente su memoria y cuya gravedad no mide ó mide mal su conciencia.

(...)

Suspendido el influjo cerebral, afectada la esfera de la motilidad, interrumpidas nuestras impresiones sensoriales, indispensables para percibir bien; el epiléptico delirante y convulso es un organismo y un espíritu que se agitan desesperados e inconcientes y para quienes el supremo recurso de sus angustias es el suicidio, el homicidio ó el incendio.

(...)

Incapaz entónces, el epiléptico de apreciar la moralidad de sus actos queda para el médico legista y los tribunales de justicia en la desgraciada condición del imbécil, del estúpido ó del idiota.

Cuando el frío cálculo interviene en una acción criminal y el débil el avance del mal, raras sus repeticiones, la ley debe ser inexorable sin duda, pero aún entonces quizá fuera más justiciera, siendo atenuante como debe ser también en caso de epilepsia larvada presumida.

La responsabilidad de un epiléptico durante su ataque debe traducirse por inculpabilidad como lo demostraré al considerar las psicopatías criminales que he tenido ocasión de estudiar á la luz del Derecho Penal.

Locura alcohólica

Nada costará disimular, antes bien se ha de encontrar muy lejítimo, que yo enumere el alcoholismo y le señale un lugar en el cuadro etiológico de numerosas enajenaciones mentales, que, con sus tendencias impulsivas arrastran al crimen.

La ebriedad en todas sus formas, aún en aquellas de una duración transitoria, las encontramos al frente de la mayoría de los desordenes mentales.

(...)

Los movimientos no tienen su coordinación y energía habitual, sin vigor, mal acentuados, peor dirigido,

ellos caracterizan una verdadera ataxia locomotriz de origen alcohólico.

Esta hiperkinesia es a veces tan acentuada que, es común observar, en los ebrios de profesión, verdaderos accesos de epilepsia esplicables, como estos, por una hipemia lobular del cerebro y por una hiperkinesia bulbar.

Sin embargo, un acceso de epilepsia alcohólica, de mayor duración que un acceso común de epilepsia, se distingue por su mayor intensidad y su máxima frecuencia en manifestarse.

Los trastornos morales que ocasionan son más duros y profundos.

(...)

Algo más distingue un acceso convulsivo alcohólico de un verdadero paroxismo epiléptico.

En efecto, suceden á aquel, un delirio por lo general incoherente y amenazados; todo un proceso alucinatorio con sus más extrañas aberraciones le sostiene exaltado; la perversión moral es la más acentuada posible; y bajo el influjo despótico de este doble trastorno físico y moral, sin conciencia de sus actos ó con ella incompleta, el alcohófago consuetudinario comete los actos criminales más alevosos y descansa luego ante el cadáver de su víctima con quien se ceba ó comete los actos más brutales de violar una mujer que agoniza.

Extraño es que se conserve un recuerdo completo del acto criminal que se ha ejecutado; vagas e incompletas reminiscencias acuden á la mente y despiertan en el ánimo remordimientos tan vagos e incompletos como aquellos.

Son tan característicos los procesos alucinatorios del borracho que es imposible desconocerlos.

El temor á enemigos imaginarios domina por lo general, todo ese cuadro de aberraciones; no tardan en crear una preocupación definitiva y tenaz como la del lipemaniaco perseguido.

Toda la decadencia orgánica y moral de una profunda melancolía, interrumpe entónces las impulsiones de un paroxismo, se sustituye á ellos, y lo que es más, crea un estado de abatimiento semejante en un todo á la inercia del idiota ó á la fragmentada actividad de un completo imbécil.

Las más negras ideas de homicidio ó de suicidio invaden el ánimo del alcohófago y sus preocupaciones intermitentes en un principio, se explican por la intermitencia también de sus abusos alcohólicos.

En efecto, no es común observar sus actos criminales en sus momentos de lucidez y si lo es con lamentable frecuencia en los momentos de sus más pervertidos excesos.

(...)

Un organismo de tal manera conturbado no tarda en decaer y con el las facultades intelectuales, hasta el extremo de encerrar al paciente y hundirlo en la degenerada condición del demente inactivo y sin conciencia de sí mismo.

En fin, llegado á un extremo tan deplorable, el alco-
hófago es víctima, por lo general, de la total decadencia
orgánica que le invade y le postra, ó este mismo estado
de degradación funcional despierta en él todas las for-
mas de la enajenación mental.

Las manías en todas sus formas, las lipemanías en sus
múltiples modalidades, la parálisis general, la estupidez,
la imbecilidad, la demencia, en fin, cierran con sus som-
brías manifestaciones todo aquel cuadro de degradación
y de muerte.

(...)

Parálisis general de los alienados

Afección de principio lento y de una marcha más
lenta aún y efectuada en el sigilo de un organismo que
por lo general decae hasta la demencia, la parálisis de
los alienados se manifiesta por común por un cambio
en los hábitos y en el carácter del individuo y una per-
versión en las costumbres, entregados al libertinaje más
licencioso y á los más degradantes excesos, los alienados
son con frecuencia penderos, víctimas de sus propias
genialidades.

Por lo demás el alienado, en quien una parálisis
se incuba, se siente bien, solamente se queja de vagos
dolores de cabeza y de un ligero malestar; pródromos
sin duda del período de excitación enfermiza que ha de
abrir aquel escenario mórbido con todas sus maneras
de ser.

(...)

Un período bien delineado de excitación es quien
comienza todas aquellas alteraciones orgánicas y mora-
les.

La palabra es desordenada y trunca; el individuo
enfermo comienza por no poder pronunciar ciertas pala-
bras ó porque las olvida, ó porque no puede articularlas,
cambia luego el timbre de la voz á la que se dá las más
extrañas inflexiones y tonos; la emisión de los sonidos
articulados se hace con violencia y como por sacudidas.

(...)

El paralítico que comienza tiene una completa incon-
ciencia de su actividad muscular. Las pupilas se las halla
por lo común contraídas. Este primer período puede
dilatarse su duración y acentuarse más ó menos definiti-
vamente.

A él, sucede luego un segundo período que podría
llamarse depresivo caracterizado por un delirio tranquilo
y deprimente.

Esta depresión es por lo general profunda y acen-
tuada; como complemento funesto de ella se inicia un
proceso hipocondríaco que acelera la ruina de aquel
organismo que gradualmente se debilita sin reponer sus
pérdidas.

(...)

La tercera faz de la locura paralítica está caracterizada
por una verdadera demencia con todo su cortejo sinto-
matológico que describo enseguida.

(...)

Demencia

El estudio circunstanciado de la demencia, ultima
faz de un organismo que caduca á consecuencia de una
insuficiente alimentación trófica de los elementos ner-
viosos, no puede pasarse desapercibido en las actuales
circunstancias.

Los fastos del crimen cuentan numerosos hechos cri-
minales perpetrados bajo la influencia de una demencia
incipiente ó confirmada.

(...)

Pálido el rostro, baja y estúpida ó indiferente la mira-
da, el labio inferior á veces caído como en el imbecil, con
alguna distrofia ó sin ella también; entregado á los más
pueriles ó asquerosos quehaceres, ociosos y holgazanes
por lo común; los dementes se caracterizan por el estado
de depresión orgánica y moral que acompaña á todos
sus actos.

La inteligencia se debilita gradualmente y toda una
perversión moral se deja ver en el demente; incapaz
de un conocimiento de relaciones entre el bien y el
mal, perpetra los más inmundos y repulsivos actos; es
por lo general afecto á los placeres venéreos solitarios,
sea cediendo á antiguos hábitos ó por su perversión
moral actual, ó es pederasta activo ó pasivo y tienen
cabida en él los más sucios sentimientos de sodomía ó
bestialidad.

(...)

La demencia reconoce por causa, enfermedades viru-
lentas como la sífilis adquirida, raras veces hereditaria;
todas las locuras de quienes la demencia es la ultima faz,
la ultima manera de ser en su declive hacia un fin funes-
to y fatal.

(...)

El demente se distingue de sus semejantes por su inca-
pacidad física pero más aún por su incapacidad moral.
¿Nunca es responsable el demente?

No sostendré esta afirmación en absoluto; pero su
culpabilidad debe atenuarse en vista de la decadencia
que lo inhabilita para obrar conforme á una razón que
languidece, á una percepción que se perturba día á día
más y de una voluntad impotente para refrenar los más
infames impulsos criminales ■



La montaña mágica

Lucía Matusevich

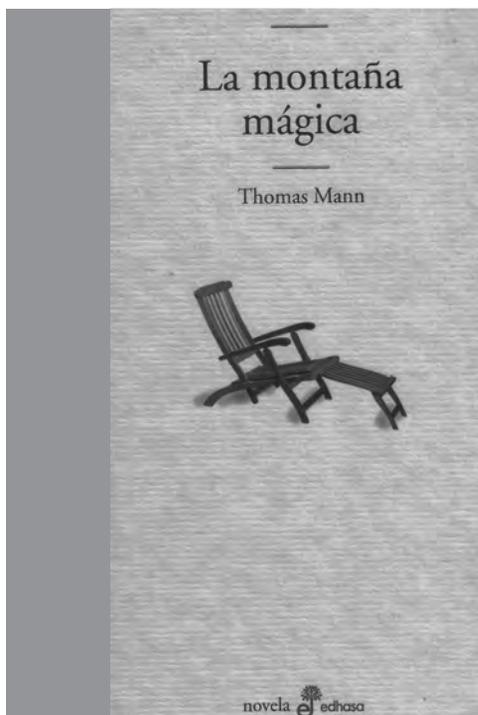
E-mail: luciamatusevich@gmail.com

En esta ocasión decidimos comentar una novela que, entre muchas otras posibles, nos permite analizar las diferentes representaciones de la enfermedad en Occidente y tener una mirada privilegiada sobre una de las narracio-

nes más importantes de la historia de la literatura; creemos que este texto complementa e interpela otras lecturas que presentamos en esta sección.

“Es preciso que las historias hayan pasado y podemos decir que, cuanto más han pasado, mejor responden a las exigencias de la historia y que esto es mucho más ventajoso para el narrador que evoca murmurando las cosas pretéritas. Pero, ocurre con ella como ocurre hoy con los hombres, y entre ellos no se hallan en último lugar los narradores de historias: es mucho más vieja que su edad, su antigüedad no puede medirse por días; ni el tiempo que pesa sobre ella, por revoluciones en torno del sol. En una palabra, no debe su grado de antigüedad al Tiempo, y con esta observación queremos aludir, a la vez, a la doble naturaleza problemática y singular de este elemento misterioso”. Así dice en el “Propósito” (que funciona, por qué no, como prólogo) de *La montaña mágica*.

Desde la publicación de dicha novela, en 1924, pasaron 91 años. Sin embargo, ésta no se perdió en el tiempo, por el contrario, pareciera rejuvenecer un poco cada vez que alguien la toma para leerla o releerla. Dicha afirmación permite formular otra certeza: se trata de un clásico universal. ¿Qué quiere decir esto? Que ha atravesado distintas generaciones en distintos tiempos a lo largo de muchos años, y los ha tocado de una forma u otra. *La montaña mágica*, escrita por Thomas Mann, es una de las novelas más atemporales de la historia de la literatura, sin dudas. Porque: “El tiempo es activo, produce. ¿Qué produce? Produce el cambio. El *ahora* no es el *entonces*, el *aquí* no es el *allá*, pues entre ambas cosas existe siempre el movimiento. Pero como el movimiento por el cual se



Autor: Thomas Mann
Editorial EDHASA, 2009

mede el tiempo es circular, se cierra sobre sí mismo, ese movimiento y ese cambio se podrían calificar perfectamente de reposo e inmovilidad. El *entonces* se repite sin cesar en el *ahora*, el allá se repite en el *aquí*".

¿Quién es, entonces, el mítico personaje que protagoniza dicha novela? ¿Por qué su historia interesa tanto y por qué merece ser contada? Años atrás, previo a la Gran Guerra, un simple estudiante de ingeniería naval, Hans Castorp, se embarcó en un viaje que le cambiaría la vida. Ascendió literalmente una montaña, en los Alpes Suizos, para llegar al Sanatorio Internacional Berghof, un lugar en donde los tuberculosos buscaban recuperarse y en donde estaba internado su primo, Joachim Ziemssen. Allí, Castorp conoció la filosofía y la amistad (en forma de personajes como Lodovico Settembrini y Leo Naphta), el amor (encarnado en Madame Chauchat), y por supuesto, la muerte, presente en todos lados. Como toda buena novela clásica, *La montaña mágica* se ocupa de tratar aquellas cuestiones mundanas, que acosan a los humanos desde el momento en el que pisan la tierra, hasta el instante en que deciden dejarla.

Un resfriado y una afección pulmonar le impiden a Castorp regresar a su hogar al momento que tenía previsto: él ahora debe adaptarse al modo de vida que propone el sanatorio (largos reposos en cómodas *chaise-longues*, comidas pautadas a determinados horarios, el tomarse la temperatura cada tanto tiempo, y otras cotidianidades del Berghof), y debe quedar internado por tiempo indefinido. Qué hermosa simetría ésta que atraviesa a toda la novela: Castorp, que fue para acompañar a su primo enfermo, termina como éste y gracias a dicho malestar es que conoce la vida. Un viaje que lo modificará. Tal vez la travesía de Castorp no sea épica en el sentido de que no pasan grandes cosas a nivel ballenas blancas y cíclopes. Pero eso no quiere decir que dicho protagonista no sea un héroe: aquel arquetipo de la literatura (y de distintas formas de arte, como el cine) que debe superar distintas pruebas que lo consagren como tal.

"¿Entonces no es usted de los nuestros? ¿Está usted sano, no está usted aquí más que de paso, como Ulises en el reino de las Sombras? ¿Qué audacia descender hasta estas profundidades en que habitan muertos irreales y privados de sentido!", le dice Settembrini a Castorp en su primer encuentro. Otra bella paradoja: Castorp asciende, no descende, como suele ocurrir. No recurre al bajo. Y esta cita, no solo permite este análisis, sino que también muestra como los clásicos se vuelven tales gracias a la importancia que se les da a sus antepasados. Sin duda, *La montaña mágica* no sería tan maravillosa sin la existencia de *La Odisea*: la épica por excelencia.

La genialidad de la obra de Mann no está en su primera historia, eso es claro. Por lo que al servicio del lector, se encuentran dos personajes fundamentales para la comprensión del texto: Settembrini y Naphta. El primero es quien se transforma en una suerte de mentor de Castorp, y está desde el comienzo de la novela. El segundo aparece en el capítulo sexto recién, y su función es la de ser la antítesis de Settembrini. Los diálogos filosóficos entre estos dos ocupan gran parte de *La montaña mágica* y no por nada: su función sea la de un coro, una manera de

"avivar" al lector, pero aun así, éstos podrían formar un libro independiente de la historia de Castorp.

Settembrini es humanista y progresista. Por otro lado, Naphta posee un pensamiento nostálgico del orden medieval, en el cual mezcla elementos del anarquismo, el fascismo y el comunismo. No solo se disputan la atención de Hans Castorp, sino también la del lector, quien se encuentra un tanto incómodo: se ve obligado a tomar posición sobre cuestiones que tal vez nunca analizó o de las que nunca quiso tomar partido. Settembrini, en el sexto capítulo, dice: "El hombre no hace ninguna afirmación de carácter general sin traicionarse por entero, sin poner involuntariamente todo su Yo, sin representar, en cierto modo, por una parábola el tema fundamental y el problema esencial de su vida". Mann, con mucha destreza, unifica la literatura y la filosofía con el fin de sacar a sus lectores del confort de su *chaise-longue*.

Las discusiones entre Naphta y Settembrini son la humanidad en sí. Son cuestiones eternas que tal vez nunca tengan solución. Un Naphta insultado y molesto, cita y desafía a Settembrini a un duelo de pistolas, en donde uno tenía que dispararle al otro y en el que "él tenía el derecho de elegir el arma, pues según los preceptos del código de honor, él era el ofendido". Un paralelo con la Primera Guerra Mundial, que estaba por estallar. Es así como, de la forma más poética, heroica y caballeresca, ambos portadores del saber se enfrentaron: Settembrini hizo el primer tiro al aire; "Cobarde", gritó Naphta, haciendo con este grito una concesión al sentimiento humano de que es necesario más valor para disparar que para dejar que disparen. Naphta elevó su pistola de una manera que no tenía nada que ver con un combate y se disparó un tiro en la cabeza."

Clawdia Chauchat merece mención aparte. Se trata del único personaje femenino relevante y del amor de Hans Castorp. Entre idas y venidas, se genera una pasión platónica. Y él en su agonía se le declara en una noche de carnaval en donde todo está permitido, y los hombres dejan ver su lado más salvaje y carnal. Ella le acarició el cabello y él, exaltado, sucumbió: "La muerte, es por una parte, una cosa de mala fama, impúdica, que hace enrojecer de vergüenza; y por otra parte, es una potencia muy solemne y muy majestuosa, porque es la historia, y la nobleza y la piedad y lo eterno, y lo sagrado, que hace que nos quitemos el sombrero y marchemos sobre la punta de los pies. De la misma manera, el cuerpo, y también el amor del cuerpo, son un asunto indecente y desagradable, y el cuerpo enrojece y palidece en la superficie, por espanto y vergüenza de sí mismo".

¿Qué es *La montaña mágica* sino una forma de entender un poco mejor a la humanidad? El mundo no se divide entre los Naphta y los Settembrini, sino que se unifica en la figura de Hans Castorp. Un protagonista que se cuestiona todo lo que lo rodea, que se plantea qué es el amor, qué es el cuerpo, qué es la política, qué es el tiempo, qué es la muerte, y aunque no llegue dar siempre respuestas concretas, consigue que el lector se quede con las interrogantes en la cabeza. Gracias Thomas Mann. Él sí lo logró, nunca murió ni va a morir: vive en cada persona que se toma el trabajo de escalar la montaña ■