

Hugo D'Alessandro y colaboradores

Urgencias en Psiquiatría

Dirigido a médicos generales y psiquiatras



Urgencias en Psiquiatría

Dirigido a médicos generales y psiquiatras

*Hugo D'Alessandro
y colaboradores*



La presente es una publicación de:



URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA

Hugo D'Alessandro

1º Edición

D'Alessandro, Hugo

Urgencias en psiquiatría: dirigido a médicos generales y psiquiatras - 1a ed.

Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2008.

191 p. ; 24x16 cm.

ISBN 978-950-9030-57-2

1. Psiquiatría. I. Título

CDD 616.89

DERECHOS RESERVADOS

© 2008 Corpus Editorial y Distribuidora

editorial@corpuslibros.com.ar

hdalessandro@corpuslibros.com.ar

www.corpuslibros.com.ar

Suipacha 581 - Tel/Fax: (+54 341) 439 4978 / 437 1327

(S2002LRK) Rosario - Argentina

Editor: Esteban Oscar Mestre

Correctora: Beatriz Eugenia López

Colaborador: Luis Carlos Gorr

Ilustración de tapa: *Trasiego* de Franco D'Alessandro

Tirada: 1000 ejemplares

Se terminó de imprimir en marzo de 2008

Rosario - Argentina

**LA FOTOCOPIA
MATA AL LIBRO
Y ES UN DELITO**



No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método, sin autorización escrita de la Editorial.

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El autor y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con los establecidos en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores, ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa.

Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja de información que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los organismos de control de medicamentos de cada país para obtener información sobre los valores normales y medicamentos permitidos o recomendados.

*A mis hijos,
Franco y Fabricio*

EL AUTOR

Médico Psiquiatra

Profesor Adjunto *Ad-Honorem* de la Cátedra de Psiquiatría de Adultos,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Jefe de Servicio de Salud Mental, Hospital-Escuela «Eva Perón»,
Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina

Secretario del Comité de Docencia e Investigación,
Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina

Presidente del Comité de Ética CAICI-CIAP, Rosario, Santa Fe, Argentina

Docente Coordinador del Colegio Médico, 2da. Circ., Rosario, Santa Fe, Argentina

Ex-Jefe de Clínica, Instituto de Psiquiatría «Viktor Tausk»
Rosario, Santa Fe, Argentina

Ex-Jefe de Clínica, Clínica «San Felipe»
Rosario, Santa Fe, Argentina

Presidente Permanente del Tribunal Examinador del Concurso de la Residencia
Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) del Hospital-Escuela «Eva Perón»,
Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina

Presidente Permanente del Tribunal Examinador del Concurso de la Instructoría de la
Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM),
Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina

Médico Psiquiatra del Sanatorio Británico (Rosario, Santa Fe, Argentina)

COLABORADORES

Acosta, Juan Miguel

Médico Psiquiatra

Docente e Instructor de Residentes, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

Ex Presidente de la Asociación de Psiquiatría de Rosario, Rosario, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ., Rosario, Argentina

Ascolani, Clide

Médica Psiquiatra

Docente de Psicofarmacología de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, Argentina

Ex Vicepresidenta del Colegio Rosarino de Psiconeurofarmacología, Rosario, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ., Rosario, Argentina

Aguirre, José Luis

Psicólogo

Miembro del Directorio del Colegio de Psicólogos, 2da. Circ., Santa Fe, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ. Rosario, Argentina

Bilbao, Fernando

Residente, Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM),

Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero Baigorria, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ., Rosario, Argentina

Chasset, Martín

Médico Psiquiatra

Residente y Ex Jefe de Residentes, Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero Baigorria, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ. Rosario, Argentina

Belizan, José

Médico Psiquiatra

Ex Residente, Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero Baigorria, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ. Rosario, Argentina

Fernández Cueva, Carlos Pablo

Médico Psiquiatra

Magíster Psiconeuroinmunoendocrinología, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Docente invitado del Colegio Médico, 2da. Circ., Rosario, Argentina

Fernández Lamothe, Laura

Psicóloga; Especialista en Familia

Gorr, Luis Carlos

Asesor Literario

Asesor IT (Information Technology)

Consultor en Business Intelligence

Ex Analista NCR

Klijnjan, Mario

Médico Psiquiatra
Magíster Psiconeuroinmunoendocrinología,
Universidad Favaloro, Buenos Aires, Ar-
gentina
Docente invitado del Colegio Médico, 2da.
Circ., Rosario, Argentina

Llaudet, Guillermo

Abogado, Especialista en Derecho Penal
Profesor de Derecho Penal - Parte General,
Facultad de Derecho, Universidad
Nacional Rosario, Argentina

Marchetti, Juan

Psicólogo
Jefe del Servicio de Psicología del
Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero
Baigorria, Argentina
Ex Presidente y actual Vicepresidente del
Colegio de Psicólogos, 2da. Circ., Rosario,
Santa Fe, Argentina

Moset, Graciela

Psicóloga
Miembro del Servicio de Psicología del
Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero
Baigorria, Argentina

Nidd, Ricardo

Médico Psiquiatra, Especialista
en Epidemiología
Integrante de los Servicios de Salud
Mental de la Maternidad «Martin» y del
Hospital «Carrasco», Rosario, Argentina
Docente de la Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional Rosario, Argentina
Director del Centro de Educación Médica
de Posgrado del Colegio de Médicos, 2da.
Circ., Rosario, Argentina
Miembro del Comité de Bioética de la
Maternidad «Martin», Rosario, Argentina

Ravenna, Analía Elena

Médica Psiquiatra
Profesora de la Cátedra de Psiquiatría de
Adultos, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Rosario
Coordinadora del Curso de Posgrado de
Especialización en Psicología Clínica Sis-
témica, Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de Rosario
Magíster en Educación Universitaria,
Universidad Nacional de Rosario
Docente del Colegio Médico, 2da. Circ.,
Rosario, Argentina

Socolsky, Pablo Fernando

Médico Psiquiatra
Instructor de Residentes, Residencia In-
terdisciplinaria en Salud Mental RISaM,
Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero
Baigorria, Argentina
Coordinador del Capítulo de Psicofarma-
cología APSA, Filial Rosario, Argentina
Docente invitado del Colegio Médico, 2da.
Circ., Rosario, Argentina

Solomonoff, Carlos

Médico Psiquiatra
Ex Asistente extranjero, Hospital Sainte
Anne, París, Francia
Ex Presidente de la Federación Argentina
de Psiquiatras
Director Médico del Instituto
«Philip Pinel», Rosario, Argentina
Docente invitado del Colegio Médico, 2da.
Circ., Rosario, Argentina

ÍNDICE GENERAL

Prólogo.....	15	Neurobiología.....	45
Introducción.....	17	Consideraciones clínicas.....	48
CAPÍTULO 1		Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	48
Generalidades de la urgencia.....	19	Trastorno por pánico.....	51
El Loco.....	20	CAPÍTULO 5	
CAPÍTULO 2		Depresión.....	55
Introducción a la problemática de		Introducción.....	55
las urgencias en Salud Mental para el		Diagnóstico.....	56
médico de APS		Depresión atípica y enmascarada.....	57
Salud / Enfermedad Mental.....	25	Comorbilidad.....	59
Urgencia / Crisis		Teorías neurobiológicas	
¿Cómo entenderlas?.....	25	de la depresión.....	60
Interdisciplina / Equipo de Salud /		Conductas terapéuticas.....	62
Interconsulta.....	26	Selección del antidepresivo.....	63
Bibliografía.....	27	CAPÍTULO 6	
CAPÍTULO 3		Enfermedad bipolar:	
Hospital general: avatares de la		descompensaciones.....	67
Salud Mental.....	29	Trastorno bipolar.....	67
Una molestia.....	31	Concepto de espectro	
La impotencia del médico.....	31	afectivo-bipolar.....	69
Cuadros psiquiátricos.....	33	Tabla el espectro bipolar.....	70
más frecuentes. Estadísticas.....	34	Evolución y pronóstico.....	71
Cómo debe posicionarse el médico		Descompensaciones más frecuentes.....	71
ante el paciente.....	35	Orientación psicoterapéutica para la	
Descartar causa orgánica.....	36	entrevista en atención primaria.....	72
Criterios de interconsulta y		Evaluación y diagnóstico.....	72
derivación interdisciplinaria.....	37	Tratamiento psicofarmacológico	
El Paciente violento.....	38	de la manía aguda.....	73
El hospital como refugio.....	38	Depresión bipolar.....	74
CAPÍTULO 4		Diagnóstico diferencial.....	75
Trastornos de ansiedad - Generalidades		Tratamiento farmacológico	
y descompensaciones.....	41	de la depresión bipolar.....	76
Introducción.....	41	Conclusiones.....	77
Diagnóstico.....	42	Bibliografía.....	79
Epidemiología.....	43	CAPÍTULO 7	
Comorbilidad.....	44	Trastornos mentales orgánicos:	
		sus complicaciones.....	81
		Bibliografía.....	86

CAPÍTULO 8

Suicidio	87
La escucha del profesional es esencial en la prevención del suicidio.....	88
Cuando la dificultad no está en el paciente sino en la familia.....	89
Suicidio de los adolescentes.....	91
La nosografías y las tentaciones de suicidio.....	92
La tentativa de suicidio en la esquizofrenia.....	93
La tentativa de suicidio en los estados depresivos.....	93
Tentativa de suicidio en la neurosis.....	94
Las personalidades Borderline.....	95
Las conductas de riesgo y los equivalentes suicidas.....	95
Aproximación a una prevención posible.....	97
Bibliografía.....	99

CAPÍTULO 9

Crisis en embarazo, parto y puerperio	101
Presentación.....	101
Psicopatología y embarazo.....	101
Psicopatología del parto y el puerperio.....	101
Lactancia.....	102
Conducta terapéutica.....	102
Psicofarmacología del embarazo.....	102
Recomendaciones prácticas para el uso de psicofármacos.....	104
Bibliografía.....	107

CAPÍTULO 10

Demencia: generalidades y descompensaciones	109
El síndrome demencial.....	109
Clasificación de las demencias.....	110
Demencia primaria.....	110
Demencia vascular.....	111
Demencia mixta.....	111
Demencia secundaria.....	111
Resumen etiológico del síndrome demencial.....	112
Tratamiento de urgencias producidas por el síndrome demencial.....	112
Tratamiento de la inhibición psicomotriz.....	114
Evaluación del potencial suicida.....	114
Psicofármacos en ancianos.....	115

Conclusiones.....	115
Bibliografía.....	116

CAPÍTULO 11

La Familia y la crisis	117
Introducción.....	117
¿Cuándo una familia está en crisis?.....	119
Conclusiones.....	120
Bibliografía.....	121

CAPÍTULO 12

Violencia familiar	123
Violencia y maltrato. Generalidades.....	123
Modos violentos de nuestra cultura.....	123
La familia. Su unidad y su complejidad.....	124
Hechos violentos de la escena doméstica.....	124
Violencia y sufrimiento psíquico.....	125
Abordaje institucional y multidisciplinario.....	125
Agresividad como actitud y agresión como violencia.....	126
Conflictos habituales del convivir.....	126
La complicidad en el maltrato.....	128
Maltrato y abuso: sus diversos modos.....	128
Conclusiones.....	129
El médico generalista, la importancia de su lugar.....	130
Bibliografía.....	131

CAPÍTULO 13

Anorexia y bulimia: la alimentación y sus complicaciones	133
Introducción.....	133
Definiciones.....	134
Epidemiología.....	134
Factores socioculturales que aumentan la incidencia.....	135
Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa.....	135
Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa.....	136
Generalidades de la clínica.....	138
Entrevista.....	138
Examen físico.....	139
Complicaciones médicas.....	139
Factores familiares.....	140
Laboratorio.....	140

Trastornos y evaluación cardiovascular.....	141	Trastornos relacionados con Cannabis.....	161
Otras evaluaciones.....	141	Trastornos relacionados con opioides.....	163
Diagnóstico diferencial.....	142	Trastornos por consumo de otras sustancias.....	165
Evaluación y pronóstico.....	142	Conclusiones.....	166
Conducta del médico general.....		Bibliografía.....	168
ante el cuadro.....	142		
CAPÍTULO 14		CAPÍTULO 15	
Adicciones	145	Intervención en catástrofes	169
Introducción.....	145	Introducción.....	169
Trastornos relacionados con el alcohol.....	146	La experiencia «Santa Fe».....	169
Benzodiazepinas y barbitúricos.....	150		
Trastornos relacionados con cocaína.....	152	CAPÍTULO 16	
Trastornos relacionados con anfetaminas.....	155	Aspectos legales de la Urgencia en Salud Mental: responsabilidad profesional	175
Trastornos relacionados con inhalantes.....	158	Introducción.....	175
Trastornos relacionados con alucinógenos.....	160	La responsabilidad penal.....	175
		Conclusiones.....	183
		Bibliografía.....	184
		ÍNDICE ALFABÉTICO	185

PRÓLOGO

Prologar un libro es una satisfacción. También implica una gran responsabilidad: poder juzgar por la experiencia personal acumulada.

Este libro que escribe y recopila Hugo D'Alessandro, ayuda a conocer como tratar las «Urgencias en Salud Mental para Médicos Generales». Como lo señala en el capítulo de «Generalidades de la Urgencia», hace apenas dos siglos, hombres y mujeres, en París, decidieron enseñarnos a luchar para abolir el sometimiento al que una parte de la sociedad mantenía a otra, a través de la falta de alimentos.

Pensaron, al mismo tiempo, que el sufrimiento psíquico era similar al orgánico-corporal y que sus semejantes, que padecían desde el interior de su cuerpo, y que a partir de ahora no sufrirían ya más desde el exterior, podían ser considerados por sus pares y merecían un tratamiento digno para sus males internos.

D'Alessandro nos explica cómo la sociedad se ha transformado y cuán alerta deben estar los profesionales para descubrir las patologías de los sometimientos, que hacen sufrir desde adentro o desde afuera de la mente. Por ejemplo, el burn out laboral o profesional (cuya causa es la sobrecarga que produce a los profesionales hacerse cargo de otros semejantes, cuando no tienen los medios adecuados para realizarla), el acoso laboral o mobbing, que pueden desencadenar trastornos mentales (ya no por la falta de alimentos –como en la Revolución Francesa– sino por que otro semejante a él ha decidido dominarlo a través de un sometimiento psicológico).

Este libro se propone un recorrido sistematizado, para que el profesional pueda aprender de forma operativa y tratar al enfermo que pide ayuda de urgencia y cree que su cuerpo enfermó, ya que rara vez conoce la unidad indisoluble que el mismo tiene con su mente.

En todos los capítulos, como en el de «Depresión», el de «Suicidio» o en el de «Crisis en el Embarazo, Parto y Puerperio», los autores enfatizan la necesidad de que el profesional actuante debe realizar una exhaustiva pesquisa desde el comienzo de la entrevista médica.

Desde un simple maternity blue, normal luego de un parto; los síntomas depresivos leves debidos a una enfermedad médica, que señala una herida narcicística en un Yo debilitado; hasta la rumiación de muerte que puede indicar un suicidio inminente, es en este momento que se debe efectuar el tratamiento adecuado, que por supuesto sólo se podrá hacer si el profesional ha sido preparado para ese instante.

El libro transcurre a través de los autores, los dieciséis capítulos, como son el de «La Familia en Crisis», el de «Violencia Familiar» y hasta el de «Mala Praxis Médica», para sólo nombrar algunos, a través del hilo conductor de su autor que señala la utilidad de usar todos los recursos terapéuticos (psicológicos, psicosociales, educativos, psico-farmacológicos, internación especializada, etc.) Todos ellos tendrán que ponerse en práctica, cuando las magnitudes de excitación o inhibición, no permitan controlar los impulsos y ello puedan desarticular y desorganizar las estructuras psíquicas y su subjetividad.

D'Alessandro ha recorrido, estudiado y enseñado durante todos estos años en los diferentes hospitales de su provincia natal, Santa Fe.

Permite transmitirnos, a través de este libro, la necesidad de realizar esa tarea con

los enfermos urgentes, al poder entrar en contacto con aquellos pacientes que habitualmente disocian el cuerpo de la mente como una forma de evitar el dolor psíquico, cuando se sienten atacados por «los de afuera» que no los comprenden y/o ayudan y, por los «de adentro» de su cuerpo, que en el poco tiempo de una primera consulta, aún no podemos enseñarles a someterlos y dirigirlos.

Todo este conjunto temático hace de este libro una obra altamente recomendable para los profesionales no solo de la Salud Mental, sino para todos aquellos que desean trabajar de manera interdisciplinaria en la Emergentología.

Prof. Dr. Julio Moizeszowicz
*Presidente y Director Docente de la
Fundación de Docencia
e Investigación Psicofarmacológica
Ex Profesor de Salud Mental de la
Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires*

INTRODUCCIÓN

Aventurarse a producir un texto es un hecho común.

Hacerlo en Rosario, con autores, experiencia y estadísticas propias, ante la profusión avasallante y arrogante de la metrópoli, es un acto osado. Mencionado así, es la forma más clara de reconocer y agradecer el esfuerzo de la Editorial y de los Autores que conforman esta experiencia.

El saber centralizado –cierto o falaz– quiere abrevarnos y parece que cuanto más cerca de ellos estemos, seremos más legítimos, aunque la aparente fuente legitimadora no solo sea la metrópoli si no todo el difuso y dudoso norte opulento.

Este texto intenta que *nuestro norte sea el paciente concreto*. Tiene –pretende tener– identidad y nombre propios. Sostenerse en sí mismo, sin desconocer que estamos insertos en el mundo.

Precede a este libro una serie de hechos que sucedieron y confrontaron a este grupo de autores/docentes a la problemática del entrecruzamiento de los diversos saberes que se reúnen en la urgencia, conjugando la teoría y la práctica que plantea el paciente en el encuentro cotidiano de la consulta, interpelando la condición humana de los profesionales de la salud y de los enfermos: *la existencia toda*.

Estos encuentros produjeron, con el tiempo, diversos cursos tratando de dar espacio a esta realidad, en la Facultad, en el Colegio de Médicos, en el Colegio de Psicólogos y en distintos hospitales, muchos de ellos compartidos con los autores. También, la prolongada práctica del ejercicio de la especialidad en el Hospital «Eva Perón» de Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina, y la enriquecedora red que se teje entre los profesores, docentes, Jefes de Servicio, residentes, enfermeros, conformaron la necesidad de generar este texto.

Esta experiencia regional es válida para cualquier lugar del mundo, porque lo que le sucede a una persona, les acontece a todas. La diversidad de autores que integran este libro, se programó para que haya distintas experiencias y opiniones con relación a la práctica de la Salud Mental y que ellas –en su pluralidad ideológica– enriquezcan al lector, con la convicción de que *la autogestión es el único modo de aprender*.

Esta introducción es para agradecer a los autores y de manera especial a Luis Carlos Gorr, ya que sin su afecto y su trabajo, este libro no hubiera sido posible. A Julio Moizeszowicz, por su apoyo y su generoso prólogo. A Cecilia D'Alessandro. A Mónica Patricia Ghiglione, Rosario D'Alessandro, Pascual Constantini, Ricardo Alfredo Figueroa, Marco Mécoli y José Evangelista. A la memoria de mis padres.

Deseo destacar los auspicios recibidos por parte del Hospital-Escuela «Eva Perón» de Granadero Baigorria, del Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción, Rosario; del Colegio de Psicólogos, 2da. Circ., Rosario, Santa Fe, Argentina; de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, Argentina.

Este libro intentará lograr, citando a Borges, *...no la sencillez, que no es nada, sino la modesta y secreta complejidad*.

Hugo D'Alessandro

GENERALIDADES DE LA URGENCIA

Hugo D'Alessandro

El infierno de los vivos no es algo que será; hay uno, es aquel que existe aquí, el infierno que habitamos todos los días, que formamos estando juntos. Dos maneras hay de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él hasta el punto de no verlo más. La segunda es peligrosa y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber reconocer quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacerlo durar, y darle espacio.

Ítalo Calvino, «Las ciudades invisibles».

Comenzaremos con una severa crítica al orden clasificatorio a partir de un texto de Borges: «En las remotas páginas de cierta enciclopedia china, que se titula 'Emporio Celestial de Conocimientos Benévolos', está escrito que los animales se dividen en: a) pertenecientes al emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etc., m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas».¹

En el mismo sentido y afirmando que en el arte y en la literatura se encuentra la verdadera historia, citamos a Borges en la primera parte de su poema *La Luna*:

*Cuenta la historia que en aquel pasado
Tiempo en que sucedieron tantas cosas*

*Reales, imaginarias y dudosas,
Un hombre concibió el desmesurado*

*Proyecto de cifrar el universo
En un libro con ímpetu infinito
Erigió el arduo y alto manuscrito
Y limó y declamó el último verso.*

*Gracias iba a rendir a la fortuna
Cuando al alzar los ojos vio un bruñido
Disco en el aire y comprendió, aturdido,
Que se había olvidado de la luna.*

*La historia que he narrado aunque fingida,
Bien puede figurar el maleficio
De cuantos ejercemos el oficio
De cambiar en palabras nuestra vida.*

*Siempre se pierde lo esencial. Es una
Ley de toda palabra sobre el numen.
No lo sabrá eludir este resumen
De mi largo comercio con la luna.²*

¹ Jorge Luis Borges, «El Idioma Analítico de John Wilkins» y «Otras inquisiciones». En: *Obras Completas*. Buenos Aires: Emecé, 1996

² Jorge Luis Borges, «El Hacedor» y «Obra Poética». En: *Obras Completas*. Buenos Aires: Emecé, 1996

Este libro no eludirá los avatares de la clasificación ni la certera incompletud de todo escrito, por ello citaremos a Claude Levi Strauss cuando dice que *la nosografía no sea nuestra preocupación esencial, pero toda clasificación es superior al caos*. Todo texto es siempre un parcial encuentro con la realidad y su confusión, ante esa asaz problemática que es la condición humana y en la cual nos encontramos operando.

Los capítulos siguientes nos acercarán a las diversas circunstancias en que un médico general se encuentra interpelado por el quehacer de su práctica. Creemos que sin la posibilidad de un espacio reflexivo —que este texto pretende— la interpelación de la realidad produce una confusión que se profundiza por las características de las disciplinas que conforman el campo de la salud, la salud mental entre ellas.

El Loco

A través del tiempo fue endiosado, temido, odiado, venerado, expulsado, encadenado, considerado predictor del futuro.

En el medioevo tenía carácter de *poseído* aunque los médicos, apelando a la razón, trataban de encontrarle explicaciones filosóficas. Se los trataba con sanaciones, castigos, plegarias, exorcismos (aún vigentes). En el Renacimiento adquirió una condición desprovista de toda consideración social y se le consideró peligroso (situación que será revisada más adelante) por lo que, en respuesta a este concepto, se generaron establecimientos de tipo carcelario para su cuidado (*aislamiento*) y se utilizó el *castigo* como método terapéutico. Es en la Revolución Francesa, con su declaración de los Derechos del Hombre, donde aparece un nuevo criterio y *el loco es considerado un enfermo* (Phillipe Pinel) y, por ello, comenzó a recibir un *trato diferenciado* de los delincuentes. *Se presupone que allí se constituye la psiquiatría*. Comienza un abordaje que intenta responder científicamente a estas enfermedades, el alienado es mejor tratado. Aparecen terapias basadas en sol, agua, «electricidad»³; luego los fármacos, las psi-

coterapias —individual, familiar, grupal—, arteterapia, musicoterapia, ludoterapia.

Durante la Edad Media, en Europa, la Iglesia excluyó la psiquiatría de la medicina y esta disciplina pasó a ser conocida con el nombre de *demonología*. Se los pasó a considerar como seres endemoniados, castigados por sus pecados. La actitud hacia los enfermos podía variar entre la tolerancia y el rechazo, aunque era más común este último. La medicina árabe, en cambio, experimentó un florecimiento espectacular a lo largo de toda esta etapa. En el año 792 se fundó en Bagdad el primer hospital psiquiátrico de la historia. Se trataba a los enfermos mentales con el máximo cuidado y respeto, sometiendo a tratamientos con música, ejercicio, fiestas, relajación. En este sentido son importantes las aportaciones de figuras como Avicena (980-1037), Rhazés (865-925) y Maimónides (1135-1204).⁴

En los tiempos actuales, el espectacular avance de la farmacología a partir de Henry Laborit en 1952 con el descubrimiento del *Largactil* (clorpromazina) y sucesivamente las drogas de diseño junto a los avances psicodinámicos, han mejorado la condición y el tratamiento de los enfermos mentales.

Las enfermedades mentales más relevantes que demandan con frecuencia a la guardia médica general —y que serán temas de los próximos capítulos— son las *psicosis*, *trastornos ansiosos* y *de pánico*, *depresión*, *suicidio*, *trastornos mentales orgánicos*, *adicciones* y *psicosis maniaco depresiva*. La mayoría de estos cuadros puede generar urgencias: el esquizofrénico descompensado, una crisis de excitación; el depresivo, un intento de suicidio; el adicto, intoxicarse o abstenerse.

Se define que una *urgencia psiquiátrica* es cualquier perturbación del pensamiento, sentimiento o accionar, para lo que se necesita una acción terapéutica especializada e inmediata. Henry Ey la define como un individuo que se encuentra en un momento dado frente a una situación que supera su capacidad de adaptación. Resalta también que en cierto número de casos es imposible precisar hasta qué pun-

³ Ver capítulo 'Trastornos Mentales Orgánicos'

⁴ Postel, Jacques y Claude Quérel, *Historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997

to una urgencia es psiquiátrica o médica.⁵ Esta aseveración es uno de los temas fundamentales que se tratará de desplegar en este texto.

Las urgencias psiquiátricas se pueden resumir, de manera general, en: cuadros de excitación, depresión, angustia y sus derivaciones (suicidio, compromiso orgánico, intoxicaciones, trastornos del puerperio, trastornos de la vejez).

La prevalencia de las enfermedades psiquiátricas en los servicios de urgencia en medicina general es del 5-19%.

La medicina sostiene su práctica en la aplicación de un procedimiento que, a decir de Lucien Israel,⁶ se constituye como su *ontología* y es el siguiente: *síntoma-signo-diagnóstico presuntivo-examen complementario-diagnóstico definitivo-terapéutica*.

Tomando un ejemplo común, el de un paciente que siente opresión en el pecho y sensación de falta de aire (una de las causas de más frecuente consulta en la urgencia prehospitalaria), veremos cómo son los despliegues en las distintas modalidades de intervención aplicando el esquema de marras. Observaremos en este ejercicio, de qué manera cada médico –de acuerdo a sus presupuestos teóricos– interpretará y derivará esta situación de manera diversa. Es oportuno aclarar que la relación médico-paciente es única y singular, y que no existe un paciente ni un médico iguales (Laín Entralgo), por su concepción como persona y por el paso del tiempo. Desarrollamos cuatro ejemplos, aunque podrían ser innumerables.

Un médico, al que llamaremos *nº 1*, frente al paciente, aplica el esquema y luego de desplegar su hipotético diagnóstico, cuando llega a los exámenes complementarios y comprueba que ‘el enfermo no tiene nada’, le dice: ‘*está bien, vaya nomás...*’, dejando a la persona sola con su dificultad. Pensemos en un *médico nº 2* que llega a la misma conclusión: que no tiene nada, por lo que infiere que el paciente *imagina* o *molesta* (como se verá más adelante) y lo deriva al psiquiatra. Continuando la línea de reflexión, un modelo *médico nº 3* que

arriba a la misma conclusión, sostiene que hay que profundizar los estudios, los indica y en el ínterin, lo medica con un ansiolítico. El *médico nº 4* concluye que el paciente no tiene *nada orgánico*, no utiliza medicación e intenta aproximarse a la problemática subjetiva para darle algún sentido posible a estos síntomas.

Revisando lo antes expuesto, para el *médico 1*, lo que no entra en el esquema inicial *no existe* y, al decir al paciente que ‘se vaya’, produce un acto iatrogénico porque lo deja solo con su sufrimiento. Para el *médico nº 2*, lo que no ingresa en este planteo *es para el psiquiatra*, algo del orden de la locura o, más común, de la neurosis o más preciso, de la histeria. Atento a la negación del reconocimiento de los pacientes a sus dificultades psicológicas, en la mayoría de los casos el paciente rechaza esa apreciación del profesional a lo que le ocurre, contraponiendo que ‘él no está loco, ni tampoco miente’, y así lo deja también iatrogénicamente solo. Al *médico nº 3* sólo le falta descubrir la causa para incorporar al paciente dentro del esquema: profundizará los exámenes complementarios para encontrar el origen y, generalmente, *se autorizará* a medicar con un ansiolítico. La resistencia propia del paciente a conocer sus dificultades psicológicas y la impaciencia médica por acallar las repercusiones orgánicas que produce una crisis, lo llevará a utilizar un psicofármaco, por lo general un ansiolítico, que oficiará como sedante tanto para el médico como para el paciente, dejando intacta la posibilidad de intervenir para la resolución de la conflictiva que originó la crisis.

Está demostrado que el paciente recurrirá al medicamento sin la intervención del profesional, como una manera eficaz –y sabemos transitoria– de acallar sus síntomas. Esto es fuertemente iatrogénico por dos razones: 1) la problemática no se resuelve, y 2) por el efecto de la interacción tolerancia-dependencia del fármaco, quedará expuesto a depender de él cada vez en mayor grado:

⁵ Ey, H y P Bernard, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1994

⁶ Israel, Lucien. *El Médico frente al enfermo*. Barcelona: Batlló Samón, J., 1976

mayor dosis y mayor dependencia psíquica cotidiana. Para el médico nº 4, lo que le sucede al paciente no aparece en los exámenes complementarios y no puede intervenir con las herramientas tradicionales de un médico general –malo– que atiende sólo lo orgánico. Tendrá que abrir allí una interrogación (¿qué le pasa?) donde se pueda desplegar la problemática –diversa y confusa– del enfermo y haber hecho una operación previa, ampliando la concepción de la enfermedad que no es originada solamente por causas orgánicas. Se pone así un límite a la práctica tradicional médica que actúa sólo en el cuerpo, intentando operar desde otro lugar: escuchar el conflicto personal.

En el esquema (síntoma-signo...) de Lucien Israel, que describe y critica, en los ejemplos prácticos desarrollados anteriormente, lo que queda fuera es la *dimensión subjetiva* del paciente, demostrando con claridad que la medicina organicista ha *cosificado* al hombre.

Hemos visto que el caso que acude a la guardia es una crisis de ansiedad y como analizaremos en el capítulo pertinente, es una de las causas de más frecuente consulta tanto en la guardia general como en todas las prácticas de medicina prehospitalaria.

En la *Guardia toda crisis es vital*, lleva a evaluar lo orgánico y lo funcional conjuntamente. Es importante *resguardar la seguridad* del paciente que debe permanecer en una sala de urgencias, como así también la de las otras personas. Habrá que determinar si el paciente se encuentra en un estado psicótico a efectos de evaluar la posibilidad de relacionarnos con él, analizar si existe un riesgo suicida u homicida, y la capacidad de cuidarse a sí mismo. La forma en que se lo debe abordar, será desarrollada en los siguientes capítulos.

Esta situación lleva a actuar rápidamente para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la perturbación conductual que habitualmente acompañan a la crisis. La *urgencia es la culminación de la crisis* y la misma se entiende como una *señal de llamada o de ayuda* de la problemática por la que está atravesando la persona. A modo de

resumen referiremos que se puede entender la *urgencia psiquiátrica como cualquier comportamiento mórbido que amenace la vida del paciente u otros, o cualquier cambio significativo en el funcionamiento habitual del paciente, sea o no reconocido por éste*. Ejemplo: intento suicida, agitación, agresividad.

Hay tres condiciones que caracterizan la urgencia:

1. Evento reciente que desencadena la crisis y, ésta a su vez, culmina en una emergencia
2. Alteraciones de la psicomotilidad
3. Cambios en el vivenciar de la realidad

La emergencia provoca entre quienes rodean al paciente (familiares, amigos) distintas sensaciones: de incertidumbre, confusión, miedo, angustia. Todas situaciones que deben ser atendidas puntualmente por el médico interviniente para su debido encauzamiento posible y para que no incidan en el agravamiento del cuadro.

Los objetivos generales de la atención se podrían resumir de la siguiente manera:

- Evitar el riesgo vital
- Reparar el daño si lo hubiese
- Aliviar el sufrimiento
- Prevenir la repetición del episodio
- Orientar a la familia y/o paciente sobre las conductas a seguir

En la evaluación se utiliza, como método diagnóstico situacional, la entrevista al paciente y/o familiar, el examen físico –general o especializado– para descartar enfermedad orgánica y los estudios complementarios. Cuanto mayor sea la información disponible, más rápidamente se establecerá el diagnóstico.

A través del tiempo los médicos han gozado de cierta *impunidad y privilegios* en el medio social, códigos no escritos pero respetados históricamente por los pacientes: «*el doctor*»; códigos usados y abusados arbitrariamente por un alto porcentaje de profesionales y que han sido magníficamente descritos por Jacques Clavrel.⁷

Estos usos y costumbres no son respetados por los pacientes a los cuales nos hemos estado refiriendo: *los locos*. Por ello,

⁷ Clavreul, Jean, et al. El orden médico. Barcelona: Argot, 1983

es preciso establecer un sistema de auto-protección en la Urgencia dado que estas reglas son desconocidas por los pacientes. Hay que estar prevenido, tomar conocimiento de las posibles conductas del enfermo, estar alerta a los riesgos de violencia inmediata, intentar cuidar su seguridad y la de los terceros; no aventurarse en soledad ante casos desconocidos: si se siente temor, desestimar la intervención en la medida de lo posible; no encerrarse (en consultorio, habitación, etc.) con un paciente en crisis y asegurarse de tener —siempre cerca— la asistencia de personal que garantice cierto marco de seguridad.

Se define la *agitación psicomotriz* como el aumento de la actividad mental y motriz, de manera tal que llega a ser desordenada e incontrolable, y peligrosa para el médico y los terceros. Los índices de peligrosidad se pueden valorar estando atentos al compromiso de la conciencia, actitud tensa y amenazante, antecedentes de violencia previa y agitación extrema. Por ello, el médico general debe estar alerta a estos indicadores.

El paciente excitado también provoca reacciones diversas en sus convivientes, que se asustan o se enojan, y tratan de aplicar hacia el enfermo cierta violencia punitiva donde, por lo general, el paciente reacciona tratando de defenderse o escapar, produciendo una retroalimentación de la excitación. El médico debe estar atento para cortar este circuito y detectar la respuesta del entorno, ya sea aislando al paciente o seleccionando una relación que favorezca a contener su cuadro.

Esa misma retroalimentación (*feedback*) se produce en el enfermo hospitalizado y agresivo (verbal o físicamente), generando una respuesta acotada y reticente en el personal que lo asiste, cumpliendo —en disconformidad— con las exigencias mínimas indispensables. Situación tensa que el paciente percibe, aumentando su malestar y su negativismo, dificultando el tratamiento y aumentando la agresividad. Si este acontecimiento no es atendido puntualmente, genera dificultades en el personal que lo asiste, culpabilizándose, desentendiéndose

o estableciéndose interrogaciones y autoreproches entre médicos, enfermeras, mucamas, familiares.

A continuación, haremos algunas consideraciones necesarias para conceptualizar la urgencia y citaremos literalmente a Juan Carlos Stagnaro⁸ cuando dice:

«Al mencionar entonces los impulsos asesinos de los responsables de la *guerra sucia* (implementada por la dictadura militar de Videla), sostuvimos que éstos no se habían agotado en ese momento, que las fuerzas políticas y económicas que manejan los hilos seguían presentes en el escenario social, que Tánatos, paseándose por los corredores de la democracia, les prestaba otras máscaras».

«Las consecuencias del modelo neoliberal, tanto en el empleo como en el salario, la vivienda, las instituciones sanitarias, el acceso a los medicamentos, etc., se fueron manifestando progresivamente y hoy en día, muestran un cuadro de destrucción sin parangón en nuestra historia. La situación actual de la Salud Pública, resultado de la falta de compromiso del Estado Argentino y del aumento de la demanda de atención, que creció en virtud del empobrecimiento y el desempleo, ha adquirido una magnitud inusitada. La Salud Mental, tradicionalmente descuidada en el conjunto de las políticas de salud pública, sufrió con la implantación de las teorías neoliberales una crisis mayor, expresión en su sector específico, de la política de exclusión social engendrada por ese modelo».

Lo antedicho cambió la *cara de la urgencia*, convirtiendo a la Guardia en un lugar de contención, cuidado, abrigo y alimentación para los excluidos; un centro de desintoxicación con motivo del aumento del consumo de drogas; una consulta privada en las similares condiciones a las que la seguridad social y prepagas perdidas, tenían acostumbrados a los pacientes. Traumatismos de todo tipo, debidos a intoxicaciones agudas por sustancias (alcohol, drogas, psicofármacos), o por el cuadro de abstinencia consecuente a la imposibilidad de continuar consumiendo. Todo esto complica la de-

⁸ «Médico Psiquiatra», *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* 2003;XIV:263-267

manda y dificulta la respuesta, mucho más si no hay una reflexión acerca de ésto y se trata de responder mecánicamente a todos los acontecimientos. Intentos de suicidio, que en este escrito se les da una especial importancia tanto por la estadística como por su implicancia.

Las causas de demanda en la guardia, también serán tratadas selectivamente más adelante.

Dos aspectos fundamentales fueron desencadenados por la crisis y que afectaron a los profesionales de la salud:

1. El *desgaste laboral* produjo un aumento de crisis médicas en los agentes de salud y sus consecuentes conductas compensatorias: alcoholismo, tabaquismo, ansiolíticos, estrés traumático secundario y sus cuadros depresivos. Todo ello enmarcado en la desaparición del estado de bienestar, la caída de los ideales y la repercusión familiar del cuadro que se le ha dado en

llamar *síndrome de extenuación emocional (burnout)*.

2. El acoso laboral (*mubbing*), que se establece a partir de la exigencia en el rendimiento que imponen las pautas neoliberales. Éstas son sostenidas por quienes administran las organizaciones donde se padecen y se pagan esas exigencias; son formas de sometimiento basadas en la producción y la eficiencia.

Para finalizar este capítulo, donde se han planteado no pocas dificultades y confusiones, recurriremos a nuestros propios recursos –nuestros escritores– elocuentes por sí mismos y de los cuales no es necesaria una cita puntual ya que esto ha sido sostenido por ellos durante toda su vida:

No se puede vivir sin proyecto, Julio Cortázar.

No se puede vivir sin esperanza, Jorge Luis Borges.

Hay que resistir, Ernesto Sábato.

INTRODUCCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN SALUD MENTAL PARA EL MÉDICO DE APS: UN CAMINO HACIA LA INTERDISCIPLINA

Analía Elena Ravenna

Tejer, trenzar, mallar, ensamblar, enlazar, articular, vincular, unir el principio con el final, esa es la connotación de lo complejo.

Edgar Morin, «Introducción al pensamiento complejo».

Salud mental / Enfermedad mental

¿Qué queremos decir cuando hablamos de salud mental? ¿qué sucede cuando abruptamente el sujeto «se enferma» y consulta por una urgencia? ¿qué postura deberían tener los médicos de Atención Primaria ante una urgencia en salud mental? ¿cuándo es conveniente realizar una interconsulta y/o una derivación?

No existe una respuesta consensuada y precisa acerca de la significación del concepto *salud mental* tanto en la vertiente individual como comunitaria.

La definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud es una muestra de las dificultades que se presentan para precisar este concepto. «Ajuste con conformidad a los *modos deseables de vida*, alcanzando niveles de comprensión y madurez para el medio psicosocial en el que vive y en el área social, comprendiendo y resolviendo los conflictos de convivencia con sus semejantes.» ¿Cuáles son los mo-

dos deseables de vida? ¿consideramos una urgencia cuando se producen desajustes?

Desde el punto de vista médico, estrictamente conceptual, la perfecta «salud mental» implicaría la desaparición de la «enfermedad mental». Pero ésta es una construcción teórica que excluye la incertidumbre entre lo real y lo imaginario, el error y el desorden, el sufrimiento y la ansiedad, y otros elementos difíciles de cuantificar en la singularidad del sujeto.

Lía Ricón toma la definición de Sivadon y Duchene (1958): «La salud mental debe ser considerada *en cada momento de la historia de un individuo*, y en función a la vez de su medio y de su historia anterior, como una resultante de fuerzas contradictorias, de las cuales apreciaremos no sólo el carácter positivo o negativo, sino especialmente su dirección con respecto a objetivos futuros fijados por juicios de valor.» El inconveniente en esta definición es la postura en relación con los «juicios de valor.»

El Dr. Vicente Galli (1986) desde la Dirección de Salud Mental del Ministerio

de Salud y Acción Social¹ define a la salud mental como: «Un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis previsible e imprevisible, registrables subjetiva u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.» Esta definición aporta el concepto de crisis y explicita las categorías de *objetividad* y *subjetividad* en la manifestación de las crisis.

Nos encontramos, en consecuencia, ante un entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas que exceden ampliamente el punto de vista médico.

Luis Fernández-Ríos² caracteriza la psicología preventiva como el campo de investigación-acción interdisciplinar que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una conceptualización *integral* del ser humano en su contexto *socio-comunitario*, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida a nivel comunitario.

Esta postura jerarquiza los conceptos de *integración* y de *multidisciplina* en el abordaje.

Las enfermedades «orgánicas», por un lado, y la «enfermedad mental», por el otro, pertenecen a dos órdenes de realidades ampliamente diferenciados que no permiten la simple extrapolación de conceptos y métodos.

En pocas enfermedades mentales se puede hablar de una etiología precisa y de una etiopatogenia exacta, por lo que su abordaje se convierte en un problema complejo y más aún cuando se produce una urgencia.

El Dr. Emiliano Galende enfatiza que el sector de salud mental es básicamente un *ámbito multidisciplinario* destinado a prevenir, asistir y propender a la rehabilitación de los padecimientos mentales, y lo hace desde una comprensión de los lazos

sociales deseables, implementando determinadas políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) informa que: «En la actualidad 450 millones de personas sufren de alguna forma de trastorno mental o cerebral, incluidos los relacionados con el consumo de alcohol y abuso de sustancias. Estos trastornos afectan al menos a un miembro de una de cada cuatro familias. *Las proyecciones para el período comprendido entre 1990 y 2020 indican que la proporción de la carga mundial de morbilidad correspondiente a los trastornos mentales y cerebrales aumentará hasta un 15%.*»

El informe anteriormente citado destaca: «La depresión es la principal causa de discapacidad.» *En 2020 va a ser la segunda causa de discapacidad en todo el planeta.* Los trastornos mencionados en muchas circunstancias comienzan como una urgencia. ¿Estamos preparados para atender esta demanda?

Urgencia / Crisis ¿Cómo entenderlas?

El médico de Atención Primaria deberá saber diferenciar las urgencias psiquiátricas orgánicas de las urgencias subjetivas y éstas de las crisis vitales.

Se entiende por *urgencia orgánica* la que presenta una desestabilización o desequilibrio de las variables biológicas; por ejemplo, un cuadro de *delirium tremens*.

Nos referimos a *urgencias subjetivas* cuando por diferentes razones médicas y psicológicas, se produce una descompensación o desestabilización de la estructura subjetiva y aparece desde la singularidad particular de la persona que consulta. Estas urgencias pueden ser desde una crisis de angustia a un intento de suicidio.

Hablamos de crisis (del griego: *krisis*, momento decisivo) como espacio de tiempo en el cual se ve perturbada la adaptación

¹ República Argentina

² Buela-Casal, G et al. *Psicología Preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, 1997

interna o externa de un individuo o un sistema.³ El vocablo chino que significa crisis, *wei-ji*, es una combinación de los caracteres correspondientes a «peligro» y «oportunidad». La crisis es el punto de viraje en el que las cosas «mejoran» o «empeoran».

El profesional tratará de realizar una entrevista lo más exhaustiva posible, diferenciando las posibles patologías endocrinas, neurológicas o sistémicas con correlato psiquiátrico, y evaluará cada situación de acuerdo con la particularidad de la misma.

El médico de Atención Primaria debe conocer los momentos vitales y situaciones sorpresivas que pueden atravesar las personas que lo consultan, para poder operar adecuadamente en la relación médico-paciente/familia/comunidad.

Algunos cambios son *necesarios e inevitables*, tal es el caso de los relativos al crecimiento y al envejecimiento; otros pueden ser *necesarios aunque no inevitables*, como los divorcios, exilios, mudanzas; algunos son producidos predominantemente por una persona en relación con su medio (por ejemplo, el cambio de ocupación que se hace por causas vocacionales); otros son el resultado del impacto del medio sobre la persona (pérdida del empleo por causa del empleador).

Algunos ejemplos de situaciones altamente perturbadoras con correlato individual, familiar y social que pueden llevar al sujeto a la consulta son la desocupación (afecta a los excluidos del trabajo, a los que trabajan, a los sobre-ocupados, a los sub-ocupados y a las familias de todos ellos); la violencia (implica una relación y puede ser ejercida desde los aspectos físicos, psíquicos, sociales, en diferentes ámbitos, familiar, escolar, laboral); las adicciones; las familias con miembro que ha cometido intentos de suicidio; etc.

Según la particularidad de la situación, el médico decidirá si entrevista al paciente y a la familia conjuntamente o por separado.

Habrà de distinguir en la entrevista qué le «pide» o le muestra explícitamente el paciente, y si ésto coincide con el mensaje implícito (con lo no dicho).

El lugar del médico, como el de observador participante, permite comprender, acompañar y también ayudar a personas en crisis.

Un primer paso, quizás el más importante, será el de *entender* lo que ocurre. Si bien en las crisis previsibles (las ligadas a la adolescencia, vejez, separaciones, etc.) conocemos su desarrollo general, cada una tiene elementos singulares que la hacen *diferente* a todas las demás.

Deberá esclarecer el tipo de afectos en juego, ponerle palabras, explicitarlos.

El *tiempo* es un factor decisivo para enfrentar de mejor manera una situación crítica. Cuando un proceso de cambio resulta previsible, es imprescindible dedicar tiempo al acomodamiento de los miembros a esa nueva situación. *Los procesos psíquicos necesitan un tiempo de adaptación y de clarificación de los sucesos que no debe ser subestimado.*

Al paciente que presenta una urgencia en salud mental le resulta difícil, cuando no imposible, esperar; por lo tanto lo adecuado es atenderla lo antes posible, para prevenir exacerbaciones de la sintomatología.

Es necesario que *piense en un padecimiento psiquiátrico como diagnóstico posible y no que arribe a él sólo por exclusión.*

Si la situación sobrepasa las posibilidades del médico de Atención Primaria, debe solicitar una *interconsulta* o *derivar* el problema a quien pueda abordarlo desde otros puntos de vista (situaciones de orden legal o que requieran atención especializada) o realizar un tratamiento combinado con el especialista, fomentando el trabajo en equipo.

Interdisciplina / Equipo de salud / Interconsultas

Para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental, que se celebra el 10 de octubre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la versión actualizada del Atlas de Salud Mental 2005. En él se evidencia que los recursos mundiales dedicados a las personas que sufren trastornos mentales y neurológicos son manifiestamente insu-

³ Simon, F B y H Stierlin. *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa, 1993

ficientes para hacer frente a la carga cada vez mayor de necesidades de salud mental, y que estos recursos están distribuidos de manera desigual en el mundo.

La Atención Primaria de Salud constituye un elemento fundamental en la atención del paciente con trastorno mental, ya que según algunos autores, se resuelven en ella hasta el 80% de las necesidades derivadas de la enfermedad mental.⁴

Los factores que pueden influir en el reconocimiento de la enfermedad mental por el médico de Atención Primaria, se pueden clasificar en:

- *Relacionados con el paciente*: la clínica severa y compleja de las urgencias, hace más probable su identificación.
- *Referentes al propio médico general*, que debe estar receptivo en la búsqueda de estos trastornos.
- *Relacionados con el contexto* en que ambos interactúan.

Para esto debería ocurrir un doble movimiento: por un lado *los especialistas de Salud Mental deben capacitar y entrenar a los médicos de Atención Primaria* sobre las problemáticas más frecuentes; por el otro, formar junto con otros médicos especialistas y médicos de familia, *equipos interdisciplinarios* que permitan el trabajo de la *interconsulta* al especialista.

Todo esto tendrá que estar acompañado institucional y políticamente para que no constituya una suma de voluntades. Para que los profesionales logren optimizar el trabajo en equipo deben estar concientizados en su formación por un *paradigma integrador* desde lo biopsicosocial.

La interdisciplina es un proceso y una filosofía de trabajo, que se pone en acción a la hora de enfrentarse con los problemas y con las cuestiones que preocupan en cada sociedad.

Queremos destacar los aspectos relacionados con la interacción, intercomuni-

cación y enriquecimiento recíproco que se establecen cuando se trabaja interdisciplinariamente. Es una filosofía que requiere de la convicción y, lo que es más importante, la colaboración; nunca puede estar apoyada por coacciones o imposiciones.

«La interdisciplinariedad se acostumbra a asociar también con el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad, tales como la flexibilidad, confianza, paciencia, intuición, pensamiento divergente, capacidad de adaptación, sensibilidad hacia las demás personas, aceptación de riesgos, aprender a moverse en la diversidad, a aceptar nuevos roles, etc.»⁵

Edgar Morin propone siete saberes «fundamentales» que la educación del futuro debería tratar en cualquier sociedad y en cualquier cultura. Éstos versan sobre el conocimiento contextualizado (no fragmentado), la condición humana, el enfrentamiento de las incertidumbres, la comprensión, la complejidad.

En relación con la comprensión señala la comprensión intelectual u objetiva, y la *comprensión humana intersubjetiva* como «garantía de la solidaridad intelectual y moral de la humanidad». Ubica a esta última en un contexto ampliado de intercambios permanentes. Finalmente agrega que comprender incluye necesariamente un proceso de empatía, de identificación, de proyección. Siempre intersubjetiva, la comprensión necesita apertura, simpatía, generosidad. «Se piensa a la salud como a un campo, donde ninguna disciplina actúa como excluyente de las demás, sino como lugar de encuentro y punto de coincidencia.»⁶

A partir de estos supuestos podemos asegurar que si los futuros médicos se forman con estos fundamentos epistemológicos, las estrategias de atención en las urgencias y la prevención de los trastornos mentales, podrán prosperar.

⁴ Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Londres: Tavistock, 1980

⁵ Torres-Santomé, J. *Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado*. Madrid: Morata, 1994

⁶ Gómez Fernández, R. «Prevención en los trastornos de ansiedad» en Wolfberg, E. *et al. Prevención en Salud Mental: escenarios actuales*. Buenos Aires, 2002

Bibliografía

- Buela-Casal, G. *et al.* *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, 1997
- Documento Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires, febrero 1986
- Galende, E. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires, Paidós 1998
- Morin, E. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2001
- Ricón, Lía, *et al.* *Problemas del Campo de la Salud Mental*. Buenos Aires, Paidós, 1991
- Suárez Richards, Manuel (comp.) *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires, Polemos, 2006

HOSPITAL GENERAL: AVATARES DE LA SALUD MENTAL

Hugo D'Alessandro
Martín Chasset
José Belizan

Este texto puede pasar a eterno reposo, en el cajón de basura del progreso entre todos los gatos muertos de la civilización.

Teodor Josef Konrad Korzeniowski, «El corazón en las tinieblas».

En este capítulo abordaremos –y de antemano sabemos será de manera incompleta– los posibles avatares en que se encontrará un médico general en su desempeño diario en un Hospital o Sanatorio.

La subdivisión de los temas a tratar es *tentativa*, como también lo es toda clasificación sobre la condición humana.

Una molestia

De manera premeditada o inocente, sabemos que el razonamiento de los médicos no es complejo. Históricamente el orden de la medicina no le ha dado lugar a la problemática que generan las descompensaciones de los trastornos psiquiátricos. La práctica y el continuo trabajo con los médicos de la guardia, en los entrecruzamientos propios de la actividad profesional, nos ha hecho definir que la descompensación aparece en la guardia como una molestia. ¿Por qué molestia?

En principio, no seremos ingenuos y enmarcaremos esta emergencia como un gran

indicador de la intencional falta de recursos del Estado para tomar a su cargo la Salud Pública. Para el Estado, la salud mental es un incordio. De allí el ocultamiento histórico y la mirada ciega del Estado hacia las problemáticas de salud mental y de las reticentes dispensas de todo lo que podríamos definir como la seguridad social. Sabemos además que se ha incrementado desmesuradamente la demanda de asistencia en todo tipo de hospitales, hecho que no justifica la falta de asistencia del Estado.

Ante la despiadada globalización y la puntual exclusión del paciente concreto que asistimos día a día en la guardia, nos interrogamos:

¿Cómo se siente un médico, saturado de trabajo, que debe comprender una demanda confusa e incierta para la cual –en su formación– no le han proporcionado recursos?

¿Cómo se siente un médico, ante un paciente con trastorno mental cuando, al mismo tiempo, está siendo demandado por pacientes traumatizados o infartados, para los cuáles sí tiene en claro qué se debe hacer?

Tendríamos que comprender con amplitud, desde nuestra experiencia, que la lucha sobre la *pertenencia* del paciente es una causa perdida. El imperativo «llévate a este paciente que me está ocupando una cama», hace vana la discusión entre especialistas en salud mental y médicos generales sobre el destino de aquel paciente que se encuentra en la guardia. Es una lucha estéril que sólo pretende demostrar que 'bando' tiene la razón, olvidándose de ese paciente determinado que está sufriendo.

¿Qué es lo que genera la *molestia* del paciente de salud mental? Lo incomprendible de la locura o del sufrimiento, el prejuicio ante el paciente psiquiátrico. El profesional no puede aceptar que alguien esté enfermo de algo que está fuera de su voluntad —*el espejo*—. El mismo médico *no puede asumir su propia angustia*, la angustia misma de la vida... y de allí la sentencia: *¿ésto, no me puede pasar a mí!*. El paciente cuenta su vida, sus conflictos, los cuales son comunes con los de toda la condición humana.

Uno de los problemas que tiene la medicina es *la cosificación del hombre*.¹

El paciente se transforma en un *objeto de estudio* y deja de ser una persona, *se deja fuera la subjetividad*. Reiteramos que el médico no puede manejar su propia angustia ni tampoco la angustia misma de la vida, la de la *finitud* del hombre. Trabajar con una *cosa* es mucho más fácil que trabajar con una persona que tiene una subjetividad. En el encuentro médico-paciente se ponen en juego dos subjetividades: la del médico con sus problemas y vicisitudes, y la del paciente excluido.

Al médico es a quien primero se recurre cuando se experimenta una *desviación de la conducta normal* de un individuo, llámese diarrea, vómito, llanto del niño o paciente delirando. El médico sabe qué hacer con determinadas desviaciones de la conducta; sabe cómo tratar una diarrea o un dolor, pero desconoce cómo proceder ante la angustia o el delirio. Tenemos aquí pues, los elementos para considerar que la descompensación psíquica es una *molestia*.

Alguien acude a una Guardia porque está triste por una pérdida (real o imaginaria) y ante ello nos cuestionamos:

¿Qué puede hacer el médico al ser interpellado por el paciente?

Sin recursos para analizar la anormalidad o no del caso, ¿podrá a partir de allí determinar la conducta a seguir?

Que un paciente lllore por una pérdida, ¿es anormal?

Anormal, ¿es sinónimo de enfermo?

La escucha es tiempo y el tiempo es caro en este modelo de exclusión. No se trata sólo de escuchar. El tiempo es el camuflaje para no incluir en el orden médico el orden de la subjetividad inconsciente, la descentralización del sujeto. Hay cosas que no se pueden manejar con la voluntad y aquí estamos hablando de dos cuestiones: *el lugar que le da la medicina al inconsciente* y *el tiempo* que está obrando como la verdadera excusa para no atenderlo.

Al médico se lo *presupone todopoderoso*, una persona que le puede solucionar todos los problemas a todos los pacientes. No saber qué hacer con un paciente es un golpe bajo para la medicina. En la Guardia, esta impotencia se concreta en el persistente rechazo y en el traslado del evaluado a los agentes de salud mental.

Ante lo expuesto, nos cuestionamos: ¿Quién le dijo al médico que no se puede angustiar? ¿Quién le dijo que debe ser capaz de solucionar todas las dificultades a todos los pacientes? ¿Por qué el médico no puede aceptar su insolvencia ante determinados problemas? Intentaremos (construir) algunas respuestas.

La medicina tradicional *privilegia el sufrimiento físico sobre el sufrimiento psíquico*, considerando a éste último como de segunda categoría. Innumerables son los escritos que demuestran esta controvertida situación. Pero cuando el paciente presenta una crisis subjetiva pero *vital*, es allí donde la medicina determina que es una urgencia real y entonces le exige a los agentes de salud mental que resuelvan el problema. La *locura*, al ser *asaz e imprevisible*, presupone un *riesgo o un peligro*, aunque, al decir

¹ Sábato, E. *La Resistencia*. Buenos Aires: Planeta, 2002

de Borges: «La realidad es impredecible.»² Las estadísticas reflejan que, contrariamente a lo que los medios de difusión muestran, el porcentaje de pacientes psiquiátricos peligrosos es sólo el 1%. La sociedad tiene el estigma de que la condición de «loco» es peligrosa.

El orden médico³ y la concepción tradicional de la problemática de salud mental, *hacen síntoma* cuando aparece un paciente con estas características en la guardia. Son problemas que en los discursos de las autoridades de turno son siempre abordados, pero nunca resueltos en una forma clara (es más fácil comprar una prótesis que conseguir un acompañante terapéutico).

El tiempo, inevitablemente produce cambios en la demanda: cambios culturales y de hábitos. Éstos se agravaron a causa del liberalismo salvaje –predominante hacia fines del siglo XX y comienzos del XXI– que conllevó a una exclusión social que, con mayor fuerza, azotó a los países pobres⁴. Todas estas condiciones repercuten de manera directa en el trabajo médico cotidiano. Existe un desentendimiento del Estado que lo convierte en sicario a favor de las políticas globales de exclusión y enriquecimiento de los países más poderosos.

La Impotencia del Médico

Comenzamos preguntándonos: ¿Cómo se llega a esta impotencia real o imaginaria?, ¿será por falta de formación en salud mental o continuaremos enmascarando la situación en *la falta de tiempo*?, ¿será quizás por desconocimiento de herramientas que no nos han provisto o que no nos hemos procurado? Finalmente ¿será la deshumanización de estos tiempos?

Si estamos en una Guardia debemos responder a la demanda –*una demanda de atención*–. El orden médico y el jurídico dictaminan que tenemos que responder. Asistir la demanda, no acallarla, tampoco

satisfacerla. Y aquí sobrevienen los avatares que se generan para *responder a este requerimiento*: una respuesta apresurada, un llamado a silencio vacío, una interrogación, una derivación. Responder sin sentido es no hacerlo. Es *iatrogénico*.

Partimos desde la idea que somos personas y lo que acontece en una guardia (o en cualquier otro ámbito) es un encuentro entre dos o más personas, un encuentro de historias, de angustias, de subjetividades, de impotencias: la del paciente que no puede afrontar un problema y que recurre a una crisis de angustia, a un intento de suicidio o a una crisis psicótica, y la del médico que descubre su impotencia ante esa emergencia. Un encuentro explosivo y ante esa explosión... «¡Llamemos a Salud Mental!».

Salud Mental no es una persona. Tampoco lo es convocar a un psiquiatra o a un psicólogo. Es necesario pensar a la *salud mental* como un *campo* que involucra a todos los profesionales que atienden estas problemáticas; es un área de una vasta dimensión dentro de la cual los médicos se hallan inmersos. *Todos estamos incluidos en ese ámbito* pero muchas veces –lo advertirán– sólo somos espectros ausentes, como si ese lugar no pudiese ser ocupado. Inermes.

Pensamos que no todos están formados para resolver las problemáticas en el campo de la salud mental: ¿Tenemos la obligación de hacerlo? Afirmamos que otorgarle lugar y escucha –contrariamente a lo que predica la medicina tradicional– es una forma de resolverlas.

La impotencia adquiere una dimensión plena en la instancia de la crisis. Somos impotentes ante lo inesperado: se aguarda que alguien llegue con una fractura, con un paro cardiorespiratorio o quizás una angina de pecho; son situaciones para las cuales estamos habituados y entrenados para responder. Y así es, todas las fracturas son fracturas y las anginas de pecho resultan ser éso mismo

² Bioy Casares, A. *Borges*. Buenos Aires: Emecé, 2006

³ Clavreul, Jean, et al. Op. cit.

⁴ «Médico Psiquiatra», *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* 2003;XIV:263-267

con cierta similitud entre ellas, son cuestiones *protocolizadas* desde el orden médico, aunque siempre incompletas: «No existe el paciente de libro, sí la clínica.» La problemática se acentúa en toda su plenitud ante la angustia, las crisis psicóticas, los intentos de suicidio...

No es posible hacer un protocolo acabado que incluya a todas estas problemáticas. Quizás sí algunos lineamientos que –sin ser una normativa estricta– puedan ser de utilidad ante la emergencia de estos problemas.

Los manuales de diagnóstico (DSM IV, CIE 10, etc.) hacen el intento de clasificar los trastornos con los que nos encontramos cotidianamente. Son de utilidad para homogeneizar los diagnósticos y el lenguaje, tratando de imponerlos universalmente. Los cambios son vertiginosos y los manuales se actualizan acorde a ellos. Guardamos una mirada crítica en relación a lo expuesto anteriormente sobre las clasificaciones: sabemos que los ordenamientos son *reduccionismos* pero también posibilitadores.

Cuadros psiquiátricos más frecuentes - Estadísticas

Nos resultó interesante presentar en este capítulo las *estadísticas propias* realizadas durante el año 2006 en el Hospital-Escuela «Eva Perón» sito en la ciudad de Granadero Baigorria (Santa Fe, Argentina). Lo consideramos un reflejo fiel de la realidad actual de la salud pública. Se asiste allí a una amplia gama de pacientes de distintas clases sociales, predominando la población que ha quedado discriminada por las diferentes realidades socioeconómicas del país durante las prolongadas crisis de los últimos años.

Fielmente transcribimos a continuación los resultados de nuestras estadísticas, tomando como base al año 2006. Durante ese período fueron atendidas un total de 189 situaciones de crisis, distribuidas como sigue:

- 53,0% Conductas suicidas (100 casos)
- 15,0% Crisis de angustia, ansiedad y depresión (28 casos)
- 10,5% Trastornos psicóticos (20 casos)

- 9,0% Trastornos relacionados con sustancias (17 casos)
- 2,0% Violencia familiar y abuso sexual (4 casos)
- 1,5% Trastorno mental orgánico (3 casos)
- 0,5% Trastornos de la alimentación (1 caso)
- 0,5% Trastornos del desarrollo (1 caso)

A su vez, desglosando el ítem *conductas suicidas*, los porcentajes son:

- 65% Sobreingestas medicamentosas
- 15% Heridas auto inflingidas
- 10% Intento de ahorcamiento
- 4% Ingesta de venenos
- 2% Salto al vacío
- 1% Ingesta de vidrio
- 1% Inhalación de gas

Debemos destacar que ciertamente estas *cifras resultan subestimadas* en virtud de la existencia de un sinnúmero de situaciones de crisis que se resuelven de manera espontánea. Citamos a continuación algunos ejemplos, no obstante sostener las limitaciones impuestas por las clasificaciones.

- a. la familia del paciente, negando la existencia de la crisis, lo retira de la atención
- b. el médico considera que no se trata de una crisis (*ver Capítulo 1*) y no solicita interconsulta
- c. pacientes que, a causa de su patología, se escapan de la institución
- d. pacientes que son rápidamente remitidos a los efectores de la seguridad social a la cual pertenecen, intentando agilizar el giro de cama de la guardia

En los siguientes capítulos se retomará la problemática de cada situación con el abordaje específico.

- Comportamientos suicidas y parasuicidas. Sobreingestas medicamentosas. Lesiones autoinflingidas. Intentos de ahorcamiento.
- Episodio de excitación psicomotriz.
- Trastorno relacionado con el consumo de sustancias. Síndrome de abstinencia. Síndrome de dependencia.
- Crisis de angustia. Trastorno de pánico. Trastorno de ansiedad generalizada.
- Episodio depresivo. Duelo. Crisis maníaca.
- Síndrome Confusional Agudo (*delirium*).
- Trastorno psicótico agudo.
- Violencia familiar. Sospecha de abuso sexual.

Cómo debe posicionarse el Médico ante el Paciente

El paciente que recurre a la consulta de la guardia en un hospital general, va en busca de ayuda. Consulta porque está sufriendo y porque se ha quedado sin respuestas ante algo que le está ocurriendo. También, porque es llevado con una condición psicótica o por la búsqueda de un beneficio secundario, como los psicópatas. Podríamos agregar aquí a los pacientes que buscan al hospital como refugio, según se verá más adelante.

Son muy diversos los motivos por los cuales alguien consulta. Comenzaremos tratando el tema de los pacientes que acuden al hospital por *angustia*. La *crisis de angustia* (o su correlato moderno, el *trastorno de pánico*) es una de las causas más frecuentes con las que se puede encontrar un médico en una guardia general. Esta condición posee el valor de una demanda de contención urgente; según Henry Ey *de un objeto bueno tranquilizador*. Ésto lo que el paciente espera del médico y su acompañamiento: su presencia, su comprensión y su firmeza.

El médico debe contar con algunos mínimos conocimientos sobre cómo debe manejarse en la entrevista con un paciente que consulta por cuestiones emocionales. Se trata de un encuentro entre dos personas con un objetivo: resolver un asunto. Evitamos llamarlo anamnesis (*traer a la memoria*) porque este término determina la pasividad de una de las partes y no la participación activa de las dos. Definitivamente tampoco es un interrogatorio, porque ésto sesga el encuentro al interés del interrogador. *El médico no pregunta como un reportero, no interroga como un policía y no conversa como un amigo*.

El paciente que acude al hospital por problemas psicológicos se encuentra frágil, en consecuencia es fundamental que el médico sepa actuar adecuadamente para aliviarlo y no rompa esa delicada estructura. A raíz de lo antedicho es que el médico debe ser —ante todo— respetuoso, sincero, franco, cálido y mostrarse seguro de sus

decisiones. Entrar en relación afectiva y reflexiva con el paciente, y escoger el nivel más favorable para la comunicación y la comprensión, lo cual requiere una participación activa (*movimiento de encuentro comprensivo*).⁵

El médico siempre debe manifestarse tranquilo y honesto, nunca amenazador y —en caso necesario— transmitirle al paciente y a sus familiares la certeza de que él es un profesional preparado que controlará la situación y actuará decisivamente. Debe prevalecer una *atmósfera de seguridad* para el paciente y para los profesionales.

Preguntar sin discriminar, escuchar sin prejuicios, evaluar sin etiquetar.

El avance que se ha producido en los últimos años con relación a los métodos diagnósticos y de tratamiento en medicina, no desplaza la clínica y el vínculo con el enfermo. La relación médico-paciente es el fundamento del arte de la medicina. Este capítulo no se explayará en explicar por qué es un arte, será función de los lectores establecer las relaciones pertinentes. La Facultad enseña teorías, técnicas y habilidades —complicadas y esenciales— sobre las alteraciones del cuerpo y trata superficialmente lo fundamental: la habilidad para establecer una relación eficaz entre el médico y el paciente. Si ella no se produce, la cura fracasa.

Esa actividad implica una profunda apreciación de la condición humana y el conocimiento respetuoso de la escucha y el decir, fuera de todo fundamentalismo.

El paciente concreto que sufre y pide ayuda, encuentra alivio cuando se siente comprendido y, culturalmente, al primero que consulta es al médico. En consecuencia, no permitirle hablar, no darle tiempo a que despliegue su problemática y hacerle comentarios triviales («no se preocupe», «eso no es un problema tan serio», «hay cosas peores») en vez de aliviarlo, lo hará sentir más incomprendido y aumentará su angustia y su sentimiento de soledad. Por lo tanto, escucharlo atentamente —insistimos—, con empatía, reconocer y manifestarle que es entendible lo que le ocurre y cómo se siente, asegura un alivio. Esto posibilita un vínculo

⁵ Ey, H y P Bernard. *Op cit.*

que será fundamental para una eficaz intervención, tanto del lugar del médico como para el paciente. Una entrevista de esta característica es terapéutica por sí misma.

Debemos definir con precisión un vocablo de profusa utilización en la práctica médica: *empatía*. Se entiende por tal a la *identificación mental y afectiva de un sujeto en el estado de ánimo de otro*.⁶ Para comprender a otro hace falta comprenderse a uno mismo.

Es importante para el médico general reconocer los límites de su intervención y tramitar en tiempo y forma, para que sea eficaz, una interconsulta con un referente de salud mental sin perder la relación con el paciente. Descartar la causa orgánica es indispensable, pero no es justificativo para postergar el tratamiento simultáneo de la problemática subjetiva.

Existe una instancia especial en el hospital: la *histeria* (comúnmente degradada con la sigla CH –crisis histérica–). En el vocabulario corriente, este término se aplica a las más variadas situaciones del comportamiento humano. Refiere a hombres o mujeres con conductas extravagantes, llamativas, explosivas, manipuladoras, vanas. El referido *paciente molesto*. Es habitual que el paciente con síntomas de histeria, en sus variantes conversiva y disociativa, esté convencido de que padece una enfermedad orgánica seria y consulta en primer momento al médico clínico.

En la guardia hospitalaria se nombra como CH a toda manifestación que, *a priori*,⁷ aparenta consultar por algo que no tiene un correlato orgánico, «algo emocional». CH es un término prejuicioso y despectivo, que deja solo al sujeto con su sufrimiento. La histeria molesta a los médicos. Se escucha en la guardia –literalmente– lo siguiente: «otra vez esta histérica, que vaya alguien y que le haga cronoterapia, parloterapia o un inyectable»; afirmaciones éstas que justifican internamente aquello de que «los médicos estamos para atender cuestiones serias y no cosas sin importancia».

A modo referencial, citamos la definición de *histeria* según la OMS en su 9º revisión: «Trastorno mental en el que se produce ya sea una estrechez del campo de la conciencia, o bien una alteración de la función motriz o de la sensorial, por motivos de los cuales la persona no tiene conciencia y que parecen tener valor simbólico o ventaja psicológica. Puede caracterizarse por fenómenos de conversión o disociativos. En la forma de conversión, el síntoma principal o único consiste en la alteración psicógena de alguna función corporal, por ej.: parálisis, temblor, ceguera, episodios convulsivos. En la variedad disociativa, el hecho más notable es la restricción del campo de la conciencia que parece servir a un propósito inconsciente, y que generalmente va seguido o acompañado por amnesia selectiva. Puede haber cambios espectaculares de la personalidad esencialmente superficiales, que a veces se manifiestan en forma de fugas. El comportamiento puede imitar una psicosis o, más bien, la idea que el paciente tiene acerca de una psicosis.»⁸

Descartar causa orgánica

Muchos cuadros se presentan claramente como si fueran de origen psíquico, ya por las evidencias de delirios y alucinaciones, por la tristeza manifiesta, por sus antecedentes personales, o por la desesperación que refieren los familiares.

Nunca debe dejar de examinarse orgánicamente a un paciente con sintomatología psiquiátrica aguda.

Aunque primero sea necesario contenerlo o calmarlo, nunca olvidar la exploración clínica del paciente. Obviar esta práctica es una de las causas más frecuentes de error diagnóstico en las urgencias psiquiátricas. Deben evaluarse exhaustivamente los signos vitales y síntomas neurológicos, el estado de conciencia y posibles traumatismos. Evaluar siempre el perfil general del medio interno

⁶ Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 22/E. Madrid: Espasa Calpe, 2001

⁷ *Antes de examinar el asunto de que se trata*, Diccionario RAE, Op. cit.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, 9ª Revisión (CIE-9). Washington: OPS, 1975

–hemograma, glicemia, uremia, ionograma, hepatograma, colinesterasa–, radiografía de tórax, exámenes toxicológicos y lo que se considere necesario para cada caso.

Reiteramos *la importancia del examen clínico* del paciente aunque el cuadro aparente ser de causa psíquica.

Criterios de interconsulta y derivación/Interdisciplinas

La práctica –desgraciadamente extendida– de acudir al psiquiatra sólo cuando se ha finalizado una larga serie de estudios complejos– ocasiona pérdida de tiempo, gastos superfluos y onerosos, e imposibilita una intervención psiquiátrica eficaz. El médico no debe detenerse en la somatización sino en el conflicto que ella representa. Aunque tampoco se lo debe derivar a un tratamiento psiquiátrico-psicológico sin realizarle la indispensable exploración somática, como hemos dicho anteriormente. Ambos extremos son iatrogénicos.

Problemas comunes en los servicios médicos que ameritan interconsulta en salud mental

- Amenaza o intento de suicidio, lesiones autoinflingidas
- Abuso de sustancias o alcohol. Tratamiento del síndrome de intoxicación. Tratamiento del síndrome de abstinencia y prevención de sus complicaciones
- Conductas marcadamente perturbadas: síndrome confusional agudo, síndrome de excitación psicomotriz, síntoma psicótico, crisis maníacas, alucinaciones
- Trastornos del sueño
- Reacciones emocionales intensas: crisis de angustia, pánico, ira
- Depresión, ansiedad y duelo, reciente o prolongado
- Violencia familiar, abuso sexual. Sospecha

- Trastorno de la conducta alimentaria y sus complicaciones vitales
- Síntomas sin base orgánica. Síntomas somáticos sin correlato orgánico
- Dificultades diagnósticas
- Pacientes simuladores en busca de beneficio secundario
- Signos de que el estrés psicosocial está influyendo en una mala respuesta al tratamiento médico de una enfermedad orgánica
- Secuelas psicológicas asociadas a una enfermedad física
- Rechazo al cumplimiento de las indicaciones médicas
- Dificultad en la comprensión y aceptación del padecimiento por parte del paciente y sus familiares
- Necesidad de apoyo a los médicos para darle información al paciente y a su entorno sobre diagnóstico o pronóstico
- Falta de experiencia del médico o de enfermería frente a los pacientes con sintomatología psiquiátrica
- Control de prescripción psicofarmacológica previa
- Conflicto médico-paciente, paciente-personal, médico-personal

Dificultades más frecuentes a contemporizar ante los avatares de la derivación

- Negación del paciente para asistir al psiquiatra
- Ausencia del agente de salud mental disponible
- Resistencia e incompetencia del médico por desconocimiento y/o desinterés
- Prejuicio ante la función del psiquiatra
- Temor al rechazo y pérdida del paciente
- Temor, del médico y del paciente, a incluir la dimensión de la locura en sus realidades cotidianas
- Abuso indiscriminado del uso de psicofármacos por parte de los médicos generales para complimentar la esperable –e infundada– efectividad de su práctica

El Paciente Violento⁹

La violencia o la amenaza de ella, es un motivo frecuente de consulta a la guardia de un hospital general.

En primer término, debemos destacar aquella creencia popular y del médico general –ambos influidos por los medios de comunicación– que juzgan que los pacientes psiquiátricos son peligrosos. Diversos estudios afirman que *solamente uno de cada cien* pacientes psiquiátricos es agresivo, por lo tanto un médico *no tiene mayores posibilidades de enfrentarse a un paciente violento* sólo porque éste padezca un problema psicológico. En consecuencia, estamos en condiciones de afirmar que el trato con pacientes psiquiátricos *no implica un mayor peligro de agresión física* que el de cualquier otra clase de paciente.

La posibilidad de enfrentar a un paciente violento genera en el médico diversas emociones: miedo a ser agredido; bronca, enojo e intolerancia; temor a las consecuencias legales por un mal manejo de la situación. Por lo tanto, lo primero a tener en consideración es la seguridad del profesional. Un médico asustado o enojado, no transmitirá tranquilidad y no podrá ser competente ni objetivo.

El primer objetivo con el paciente potencialmente violento es la prevención de la violencia inmediata.

Se debe proveer de un ambiente seguro para el paciente, para los familiares o acompañantes y para los profesionales. Asegurarle al paciente que la situación está bajo control y que cualquier preocupación que tenga será escuchada sin ser prejuzgada. Es importante establecer una relación de fuerzas asimétricas ante el posible despliegue del paciente.

No se deben realizar interpretaciones apresuradas, confrontar lo necesario y negociar lo posible. Escuchar atentamente e intentar entender la visión del enfermo y entablar una alianza terapéutica eficaz.

El solo hecho de mostrarse honestamente interesado en ayudar a alguien violento y expresar que se está dispuesta a ayudarlo y acompañarlo, disminuirá notablemente la tensión y la agresividad.

No obstante lo expresado, es importante tomar ciertos recaudos:

- No dejar, en el ámbito de la entrevista, elementos que el paciente pudiera llegar a utilizar para agredirse o agredirnos
- Ubicarse de manera de tener un acceso rápido a la salida
- Tener siempre la cantidad de personal suficiente como para contener la situación
- Recabar, si es posible, antecedentes de conductas violentas, sin confiarse por la negativa

Resumiendo lo expresado en los párrafos anteriores, diremos que nunca se ha de perder la noción de que se está tratando con pacientes, con personas que necesitan de nuestra asistencia y no con ladrones, locos o asesinos. El médico se encuentra en un lugar privilegiado desde donde puede ayudar y mejorar la calidad de vida de los pacientes y, por añadidura, la de la gente que lo rodea. En virtud de ello es que debe aprovechar esa posición dejando de lado sus prejuicios y conflictos.¹⁰

El hospital como refugio

Como referimos, las problemáticas sociales, políticas y económicas impactan directamente en la salud de la población: *la salud mental no está exenta*. El hospital, como toda institución, es un ámbito en el cual –si el médico puede– es posible ver las repercusiones de estas problemáticas, tanto en la guardia, en la sala general o en el consultorio externo. El hospital, sitio asistencial, de contención y de cuidado, se encuentra cada día más demandado en la medida en que se profundizan las problemáticas ya mencionadas, constituyéndose en un refugio donde «todo puede ser solucionado»: alimentarse, dormir, curarse, etc.

⁹ Kaplan H. I. y B. J. Sadock. *Manual de psiquiatría de urgencias*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1999. / Carlsson, G. F. «Estrategia para el manejo de pacientes agresivos» en: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* 2000;XI, N° 39:40-46

¹⁰ Ver *Declaración sobre los Derechos Humanos*, UNESCO, Año 2006

La falta de contención estatal¹¹ es la responsable de minar los pilares de una sociedad vivible. Actualmente, las figuras identificatorias son cada vez más peligrosas. En un mundo competitivo donde, si se pierde un segundo, se queda excluido del sistema, donde se privilegia el éxito, el dinero y la belleza por sobre el amor, *queda la institución Hospital como el sitio al que se puede acudir* –todavía– sin demasiadas trabas y aún es posible encontrar a alguien que escuche los problemas de un semejante.

Es imposible que el Hospital sea inmune a las crisis –desmantelado– ante la demanda tanto de lo físico, de lo psíquico o de lo social. Las crisis *abren en canal* a la institución.

El hombre está fundado en instituciones, en estructuras que le permiten *ser*. Ante la falta de las fundamentales –la familia, el trabajo, el estado y la ley– busca lugares que lo alojen: hospitales, iglesias, grupos de autoayuda, familias sustitutas o grupos, donde poder establecer lazos que le permitan identificarse.

La salida de cualquier crisis puede llegar a ser deletérea. Las drogas, las crisis de angustia, los ataques de pánico, las crisis psicóticas... son salidas falsas. No aseveramos que las causas de las problemáticas en salud mental sean puramente sociales pero, *es innegable su influencia* en el padecimiento psíquico y, en consecuencia, la búsqueda del hospital como institución contenedora.

El *caso social* que atendemos en el hospital en una internación prolongada –sea porque el paciente no tiene familia (institu-

ción) o porque no hay otro organismo donde derivarlo– es el paciente que necesita alojarse: ¿un refugio?

Mencionaremos a continuación, a modo de reflexión, algunas situaciones que se dan en el hospital: ¿cuántos pacientes atendemos sin obras sociales? ¿cuántos con obras sociales pero que no pueden afrontar la medicación o el coste de un profesional particular? Nos «enojamos» al ver cómo la seguridad social se desentiende o ante el paciente concreto que concurre en su automóvil de último modelo o vacaciona periódicamente. Encontraremos que muchas de estas situaciones se justifican por las relaciones transferenciales establecidas con la institución, las cuales nos remiten a seguir dando respuestas en una confusión que no se aclara nunca. Deberíamos evaluar cada caso individualmente.

«... En lugar de una incomprendibilidad, más bien se necesitaría hablar de una incapacidad del mundo para acoger la locura, para comprenderla en el sentido de permitirle una convivencia con la razón. El mundo –la realidad externa– es quien excluye la locura porque la considera incomprendible y no logra captar que se trata de un modo diferente de *estar-en-el-mundo*: resulta, por lo tanto, más adecuado hablar de modo, de manera, de modalidad de vida, de estar en el mundo o de plantearse, antes que de despegue de la realidad, de pérdida de la realidad.»¹²

A modo de cierre, la intención de este capítulo, es despertar una reflexión amplia, abierta y crítica sobre todo lo antes expuesto.

¹¹ Ver *Una Molestia*, en este Capítulo

¹² Colucci, M y Pirangelo Di Vittorio. *Franco Basaglia*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2006

TRASTORNOS DE ANSIEDAD: GENERALIDADES Y DESCOMPENSACIONES

Mario Klijnjan

*El temor al peligro es diez mil veces más espantoso que el peligro mismo,
y el peso de la ansiedad es mucho mayor que el mal que tenemos.*

Daniel Defoe, «Robinson Crusoe».

Introducción

Los conceptos relacionados a la ansiedad han ocupado durante mucho tiempo un papel central dentro del campo de las teorías filosóficas y del psicoanálisis. Sin embargo, la investigación empírica de los *Trastornos de Ansiedad (TA)* tiene una historia relativamente corta. En los últimos años se han logrado significativos avances en el reconocimiento y diagnóstico clínico, en los aspectos neurobiológicos y en la conformación de esquemas terapéuticos más efectivos; todo ello ha tenido implicancias relevantes para los clínicos en la práctica profesional.¹

Alrededor de la redefinición del trastorno de pánico se fue construyendo la nueva concepción de los TA. Sus características clínicas particulares permitieron valorar tanto la ansiedad aguda paroxística como la ansiedad crónica anticipatoria, proponiendo concepciones psiconeurobiológicas nuevas sobre lo que se puede calificar como

ansiedad patológica. Esta patología propone desafíos permanentes a la Psiquiatría en todas sus áreas, desde la nosografía hasta la asistencial y de investigación.

Miguel Márquez plantea –con buen criterio– que el uso generalizado de los términos *ansiedad*, *stress*, *miedo* o *pánico*, obliga necesariamente a una redefinición dado que estos conceptos comenzaron a perder límites precisos en los últimos años.

La ansiedad puede definirse como una respuesta, vivencial, conductual y cognitiva, ante la posibilidad de una amenaza, caracterizada por un estado de alerta y activación generalizada, incluyendo al Sistema Nervioso Autónomo (SNA).

Esa activación se produce por la liberación de noradrenalina (NA) y adrenalina (A), consistente en cambios fisiológicos tales como aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria, de la tensión arterial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular, que tienen por objeto posibilitar cambios que le permitan al individuo adaptarse a situacio-

¹ Stein, D J. *Manual Clínico de los trastornos de Ansiedad*. Barcelona: Ars Médica, 2005

nes que amenazan su integridad. En definitiva, *la ansiedad* normal nos permite adecuar-nos a las circunstancias y resulta ser un factor motivador esencial en nuestras vidas. Para muchos autores, *la ansiedad es la percepción de cierto temor* sin poder precisar a qué, sin la percepción de un objeto definido. Para otros, *la activación psicofisiológica* que acompaña a las situaciones de *stress* es un equivalente a la ansiedad. Sin embargo, la ansiedad no es reducible al miedo ni a las reacciones del sistema nervioso autónomo.

El *stress* hace referencia a situaciones en las que el organismo se coloca en un *estado de alerta máximo* para enfrentar situaciones de demandas. Es una reacción muy inespecífica donde, cuando se desencadena, la persona se aleja claramente de las funciones cognitivas. Algunas nociones remarcan sus aspectos psicológicos, en especial cuando se valora la relación entre las demandas que la persona sufre y las capacidades de enfrentamiento que posee: *allí surge la ansiedad*.

El *miedo* es un criterio utilizado para explicar un conjunto de comportamientos y estados de ánimo, que se observan y experimentan, cuando un organismo se enfrenta a situaciones de peligro o amenaza. Debido al miedo que se siente frente a un peligro inmediato e inminente, se reacciona huyendo, atacando o paralizándose; si el peligro fuese mediato o alejado, las conductas características serían las de escape o evitación.

El pánico, por último, puede definirse como un episodio agudo, paroxístico y de comienzo súbito, de un miedo intenso (terror), en muchas ocasiones sin que se puedan identificar los estímulos atemorizantes o sin proporción entre la valoración cognitiva de la situación y la respuesta. El pánico suele ir acompañado de sensaciones corporales desagradables, intensas, dificultad para razonar con claridad y con la sensación de que –en la inmediatez– se producirá una catástrofe inminente.

En algunos casos, estos episodios explican por qué dependen de la descarga de «falsas alarmas» homeostáticas, que están por debajo del nivel de la conciencia y que indican, de manera errónea, la presencia de una situación que amenaza seriamente la vida o la integridad del organismo. En otros casos, se presentan porque algunas percepciones sensoriales o cogniciones catastróficas, de las que hay una mayor conciencia, ponen en marcha mecanismos primitivos de reacciones más o menos automáticas cuya expresión clínica es una crisis aguda de miedo que se experimenta en respuesta a una situación determinada.²

Diagnóstico

Los síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad o angustia han sido descritos desde hace siglos. En los textos de Psiquiatría se comenzó hablar de ansiedad y a prestársele mayor atención hacia finales del siglo XIX. Durante la primera mitad del mismo, varios síntomas físicos de la ansiedad fueron considerados como enfermedades específicas del corazón, del sistema gastrointestinal, respiratorio y otros sistemas del organismo. Los médicos intentaban, por entonces, tratarlos como quejas físicas reales. De hecho, los componentes psíquicos de la ansiedad eran observados como parte de un *estado melancólico*.³

Luego, con el devenir, comienzan a diferenciarse algunos diagnósticos y en el año 1871, Westphal describe la *agorafobia*. Durante la guerra civil norteamericana, alrededor de 1860, Jacob Mendes Da Costa observó en los participantes «una forma peculiar de afección funcional cardíaca»; este autor la denominó corazón irritable y se caracterizaba por dolor torácico intenso, generalmente incapacitante, con fuertes palpitaciones, sin que se le encontrara lesión estructural identificable. Muy poco tiempo después, Charles Darwin en su libro «El Origen de las Especies», *diferenció*

² Márquez, M. «El Trastorno de Pánico.» En: Marchant N y A Monchablon-Espinoza, *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Grupo Guía, 2005. Tomo I, Cap. 17, págs. 235-249

³ Berrios, GE y C Link. «Anxiety disorders: clinical section.» En: GE Berrios y R Porter. *A History of Clinical Psychiatry: the Origin & History of Psychiatric Disorders*. Londres: Atholone Press, 1995 y Nueva York: New York University Press, 1995

la ansiedad de la depresión y le confiere valor a la primera de ellas, como una forma de tramitar una nueva realidad. Durante el transcurso del siglo XIX, evolucionaron las consideraciones y se fueron ubicando los diversos síntomas dentro un síndrome de la ansiedad. Kraepelin, en la octava edición de su Tratado de Psiquiatría, habla de la ansiedad, pero lo relaciona al miedo.

Sigmund Freud, en el año 1894, plantea el problema de la ansiedad de una forma abierta y magistral, donde la descripción que hizo de las crisis de ansiedad y de angustia, actualmente tienen vigencia. Planteaba en aquel momento la necesidad de diferenciar el concepto que denominó «neurosis de angustia» de la «neurastenia». Sostuvo que el término «neurastenia» creado por George M. Beard, era demasiado amplio y carecía de validez general; en cambio a la *neurosis de angustia* la esbozaba como *la expectativa angustiosa o espera angustiosa*, siendo éste el «síntoma nodal de la neurosis» al que definía como una «...ansiedad con tendencia a la visión pesimista de las cosas», que podía estar en forma constante en un estado de «ansiedad flotante» o «irrumper de pronto en la conciencia» (actual ataque de pánico).⁴

La idea fue desarrollándose a lo largo del tiempo fundamentalmente en el campo de la teoría psicoanalítica; ya en el año 1968 el concepto se introduce en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, segunda edición de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM II *American Psychiatric Association*, APA), bajo el paraguas de la amplia categoría de las «neurosis de ansiedad». Con la publicación del DSM III en el año 1980 los TA se clasificaron en diferentes trastornos, diagnósticos que aún están vigentes: el Trastorno de Pánico (TP), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Fobia Social (FS), Fobias Específicas (FE), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Trastorno por Estrés Postraumático (TPSP). No obstante, el TAG se consideraba un diagnóstico residual y la

fobia social no podía diagnosticarse en presencia de un trastorno de personalidad por evitación.⁵

Con la aparición del DSM IV (1994) y el DSM IV TR (2000), se ha conseguido una mayor especificidad de los trastornos de ansiedad; el TAG y la fobia social se han concebido como entidades independientes y se ha definido asociado al trastorno de ansiedad secundario al consumo de sustancias psicoactivas y a enfermedades médicas.

La estrategia de diferenciar los diferentes TA proporciona numerosas e importantes ventajas, pues los diagnósticos se efectúan con mayor especificidad, y por lo tanto, pueden realizarse estudios minuciosos y rigurosos, que permiten establecer la validez de aquellos; la especificidad es útil en términos de predicción de las características clínicas.

En el contexto de la asistencia primaria, es importante que el médico general se encuentre atento, pues si detecta un problema de ansiedad (evitación), deberá comenzar con un planteo general de la problemática y una posible derivación a un especialista, al cual debe integrarlo a un trabajo interdisciplinario. Sin lugar a dudas, reconocer y realizar un diagnóstico adecuado de los diferentes trastornos de ansiedad en diferentes ámbitos, es importante. También, es fundamental que se puedan detectar los síntomas y los TA en los diferentes grupos etarios (desde niños hasta ancianos), en los diferentes ámbitos médicos (incluyendo los programas para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas) y en diferentes situaciones sociales y culturales. El reconocimiento precoz dará lugar a un mejor pronóstico, con prevención o reducción de los trastornos afectivos comórbidos que suelen hallarse con tanta frecuencia en pacientes que padecen algún trastorno de ansiedad.

Epidemiología

Los Trastornos de Ansiedad son un conjunto relativamente heterogéneo de per-

⁴ Kaplan H I y B J Sadock. «Trastorno de ansiedad.» En: *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997. Vol. 2, Cap. 17, págs. 1120-1176

⁵ Cía, A H. TAG. *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Polemos, 2005

turbaciones emocionales que comparten un síntoma principal: la angustia. Es una enfermedad psiquiátrica que genera discapacidad y que produce un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial y laboral. El desarrollo de criterios para TA específicos, ha permitido realizar estudios epidemiológicos a gran escala en contextos poblacionales amplios. De aquellos surge que, tanto en países evolucionados como en vías de desarrollo, los TA son frecuentes y en muchas ocasiones no son diagnosticados ni tratados, contribuyendo aún más al sufrimiento de quien los padece y al incremento de los costes que este tipo de trastorno provoca.

El estudio *Epidemiologic Catchment Area (ECA)* realizado en Estados Unidos de Norteamérica, reveló que los TA constituían el grupo de mayor prevalencia entre los trastornos psiquiátricos (Robins y col., 1984). Entre los datos que reveló el estudio, la FE era el trastorno más frecuente y el TOC ocupaba el cuarto lugar, y también que los TA eran más habituales en las mujeres. Datos epidemiológicos obtenidos en diversos países, coinciden en establecer que los trastornos de ansiedad en general presentan índices de prevalencia, a lo largo de la vida, del 2 al 4%. La edad de inicio se ubica entre los 20 y 30 años y el mayor riesgo lo padecen las mujeres, en una relación aproximada de 2:1 con respecto al hombre.

La investigación epidemiológica realizada en el año 2000 por el Consorcio Internacional de la OMS (*WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology*), plantea que los TA afectan anualmente al 17% de la población, lo que lo ubica entre las enfermedades y motivos de consulta más frecuentes.⁶

El *National Comorbidity Survey (NCS)* utilizó criterios diagnósticos actualizados y volvió a revelar que los TA constituían el conjunto de trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en los Estados Unidos (Kessler y col., 1994). La investigación reveló que la FS era un trastorno significativo en la población, sin embargo, este estudio no evaluó el TOC pese a la alta prevalencia que presenta

en diferentes evaluaciones. Del mismo surge que por cada paciente que consulta hay entre dos y tres que no lo hacen, y que al no recibir tratamiento sufren un deterioro significativo de su calidad de vida. En investigaciones realizadas con pacientes ambulatorios en consultorios de atención primaria, el trastorno que con más frecuencia se presenta es el TAG, patología relacionada particularmente con un elevado consumo de la asistencia en salud. La FS es más frecuente en mujeres y son más los hombres que acuden en busca de tratamiento. Tanto en el estudio ECA como en el NCS, se observó que los trastornos de ansiedad suelen tener un inicio precoz y se presentan con anterioridad al desarrollo de otros trastornos. A menudo se presentan en la infancia o la adolescencia, en general tienen curso crónico y una alta comorbilidad.

Comorbilidad

Los resultados epidemiológicos, clínicos y familiares, han subrayado la importancia de las manifestaciones de la comorbilidad en psiquiatría, particularmente entre los trastornos depresivos y los de ansiedad, como entre estos últimos con el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.

En 1970, Feistein definió a la comorbilidad como una entidad clínica adicional, preexistente o que sobreviene durante la evolución clínica de la enfermedad principal que se encuentra bajo estudio y tratamiento. En su sentido estricto, este término se limita a enfermedades –no a síntomas– que pueden estar asociados o presentarse concomitantemente con un trastorno determinado. En epidemiología psiquiátrica, este término se utiliza para referirse al riesgo relativo, donde un individuo que manifiesta una enfermedad dada, tiene un riesgo elevado de presentar otros trastornos. Si bien algunos suponen que este fenómeno de la comorbilidad es una prueba de la extrema fragmentación que van teniendo las clasificaciones que se utilizan habitualmente, la comorbilidad

⁶ Wikinski S y G S Jufe. «Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad.» En: *El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004. Cap. 9, págs. 193-223

permite ubicar –junto al diagnóstico principal– otros secundarios, y con ello, nos acerca a una definición más precisa de los cuadros clínicos que se nos presentan en la práctica cotidiana.

Con la elaboración del DSM-III-R, se decidió suspender muchas de las jerarquías diagnósticas presentes en el DSM-III, lo que determinó la inclusión de cuadros que en la práctica clínica se presentaban con frecuencia en comorbilidad. Por ejemplo, si la crisis de pánico se desarrollaba durante un episodio depresivo, el criterio hacía que la crisis de pánico se considerara como parte de la depresión y no como un trastorno diferente. Al ser suspendidas estas consideraciones jerárquicas, actualmente se pueden diagnosticar en forma conjunta o comórbida. Esto se fundamentó en un criterio de realidad que demostraba que, para muchos trastornos, particularmente aquellos relacionados a la ansiedad y depresión, los casos puros –o no complicados– eran relativamente poco frecuentes y lo más frecuentes eran las presentaciones con altos grados de comorbilidad.⁷

Diferentes investigaciones han demostrado el alto índice de comorbilidad entre los TA, con diferentes cuadros orgánicos y también con diversos trastornos psicopatológicos. Hay evidencias que muestran las altas tasas de comorbilidad entre los TA y la depresión; algunos estudios demuestran que están en el orden del 55,6%; de éstos también se concluye que la comorbilidad entre TA y depresión son muy superiores a la de otras posibles asociaciones. Una de las más frecuentes dentro de los TA son la depresión y los TP. La epidemiología psiquiátrica proporciona elementos que parecen corroborar la relación etiopatogénica entre la ansiedad y la depresión. También es frecuente la comorbilidad del TP con Agorafobia, aunque no hay consenso acerca de la correlación entre ambos trastornos. Hay quienes sostienen que los ataques de pánico espontáneos son el núcleo de la enfermedad y el evento iniciador del TP. Secundariamente, algunos pacientes de acuerdo a este desarrollo teóri-

co, desarrollan la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica de tipo agorafóbico. Otros autores sostienen que las actitudes y temores fóbicos son el núcleo del trastorno, y que frecuentemente evolucionan hacia un TP. La Agorafobia sin crisis de pánico es muy rara de visualizar.

Dentro de los TA, se observa TAG en comorbilidad con los TP y también con TOC y con TEPT. Otras asociaciones frecuentes son: con los Trastornos de Personalidad, con el consumo de alcohol y de drogas psicoactivas; en muchas ocasiones con el consumo de fármacos simpático-miméticos, de cafeína en altas dosis, etc., pueden ser el desencadenante de la aparición de crisis de pánico.

Los TA se pueden presentar en forma concurrente con diversas enfermedades de la clínica médica. En general se considera que la presencia de un trastorno incrementa el riesgo de que otro aparezca, o sea que determinadas patologías clínicas están asociadas a una mayor prevalencia, por ejemplo con los TP en la población en general. El estudio ECA (1990) pudo demostrar la asociación de TA con otros trastornos psiquiátricos, trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, artritis, diabetes, EPOC, etc.

Neurobiología

Así como la tristeza es una respuesta normal ante las situaciones de pérdida, la ansiedad es una respuesta normal a las situaciones que suponen una amenaza.

Las amenazas percibidas que generan ansiedad pueden ser activas y directas, o indirectas, tales como la ausencia de personas o de objetos que representen seguridad. La ansiedad es adaptativa, indica un peligro potencial y puede contribuir a dominar una situación difícil y, por lo tanto, contribuir a la adaptación funcional.

Cuando la ansiedad es *excesiva*, se transforma en *des-adaptativa*, ya sea por que es demasiada intensa o bien por ser provocada de manera inadecuada por peligros que no

⁷ Cía, A.H. *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico terapéutico*. Buenos Aires: Polemos, 2003; y *Ansiedad, Estrés, Pánico, Fobias*. Buenos Aires: Sigma, 1994

representan un peligro real. Por lo tanto, *la ansiedad es patológica cuando es excesiva o persistente*, o cuando ya no sirve para indicar cuándo existe un peligro.⁸

Durante las últimas décadas, numerosas investigaciones han aportado un mejor conocimiento acerca de la neurobiología de los TA y sobre el mecanismo de acción de las drogas ansiolíticas. Inicialmente la investigación clínica se focalizó en establecer una disfunción de los sistemas de neurotransmisión —básicamente el noradrenérgico y el serotoninérgico— y su influencia en el desarrollo de ciertos tipos de ansiedad, y en la efectividad terapéutica de los fármacos y ansiolíticos. No obstante estas consideraciones, en la actualidad se sabe con mayor precisión que también hay áreas involucradas que conforman una red neuronal que participan en la patogenia de los TA, en la de la depresión, y en los procesos fisiológicos normales como el procesamiento emocional y las respuestas de *stress*. Estas áreas se pueden afectar tanto por predisposición genética como por variables provenientes de un entorno establecido, siendo la interacción gen-entorno la que más se acepta en la actualidad para explicar la etiopatogenia tanto de los trastornos depresivos como de los de ansiedad.

Las diferentes áreas que intervienen en el procesamiento emocional pueden ser modificadas —como señalamos anteriormente— por la interacción gen-entorno. Esta interacción ocurriría en las primeras etapas de la vida, en pleno proceso del neurodesarrollo, donde los circuitos involucrados son altamente plásticos: estos eventos son capaces de modificar la citoarquitectura y las funciones fisiológicas.

La amígdala es la primera estación de información vinculada a los diferentes canales de información y de asociación exteroceptiva e interoceptiva, y sus aferencias llegan al hipotálamo y a los centros del tronco cerebral. La amígdala tiene una especial participación en el procesamiento tanto de las emociones como en la respuesta al *stress*, como así también en

el desencadenamiento del miedo o trastornos de ansiedad o depresión. Una vez que la información llega a la amígdala, la misma será la encargada de coordinar la activación de las áreas encargadas del procesamiento emocional. Un estado emocional tiene componentes que, utilizando el cuerpo como escenario, produce una suma de cambios corporales a través de un grupo de respuestas periféricas, autónomas, endocrinas y motoras, en las cuales participan estructuras subcorticales que serán activadas por el complejo nuclear amigdalino, como el hipotálamo y diferentes núcleos del tronco encefálico. A este componente se lo denomina estado corporal emocional (ECE) o expresión somática de las emociones. La toma de conciencia de la emoción se produce en un segundo momento, una vez que diferentes cortezas reciben la suma de los cambios que ocurren en el ECE: la experiencia emocional consciente o «sentimiento» se produce por la lectura que las cortezas hacen de lo que le sucede al cuerpo.

El primer sitio de aferencia del estímulo sensorial a nivel de la amígdala se produce en el núcleo basolateral, proyectándose luego al núcleo central (CeA) desde donde salen las aferencias recíprocas hacia las diferentes estructuras diana, a través de la estría terminal y de la vía amigdalofuga central. Existen evidencias de que muchas funciones que eran atribuidas al CeA podrían depender del núcleo del lecho de la estría terminalis (BNST: *Bed Nucleus of the Stria Terminalis*) aunque también a este núcleo se lo relacionó más con los estados de ansiedad que con los de miedo. De este modo la amígdala va a coordinar la activación, tanto de las áreas que intervienen en la expresión somática inconsciente de las emociones (áreas del hipotálamo y núcleo del tronco encefálico) como la de las cortezas que están relacionadas con la experiencia emocional consciente (formación del hipocampo, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal y la ínsula). El hipotálamo también juega un rol importante en la respuesta al *stress*,

⁸ Kandel E R, Schwartz J H, Jessell T M. «Trastorno del estado de ánimo: depresión, manía y trastornos de ansiedad.» En: *Principios de neurociencia*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2001. Cap. 61, págs. 1209-1226

integrando la información de diferentes estructuras del tronco encefálico y del prosencéfalo, además de coordinar el flujo de salida autónomo y endocrino con el estado conductual. A través del núcleo CeA se activan el área hipotálmica lateral y el núcleo paraventricular (NPV). El hipotálamo lateral se relaciona con la activación simpática interviniendo en una adecuada respuesta de «lucha o huida» provocando taquicardia, incremento de la tensión arterial, dilatación pupilar, palidez y piloerección, entre otras manifestaciones.

La activación que realiza el núcleo CeA sobre el NPV del hipotálamo provoca la liberación del factor liberador de corticotrofina (CRH). El mismo se libera siguiendo el ritmo circadiano o ante cualquier situación de *stress* e interviene dando la respuesta neuroendocrina del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (H-H-A) al *stress*, con la consiguiente liberación de ACTH por parte de las células corticotropas de la adenohipófisis. Éste a su vez produce la liberación de glucocorticoides por las células fasciculares de la corteza adrenal. Si el cortisol es liberado en niveles adecuados y durante poco tiempo, permite recuperar la energía utilizada durante la fase de lucha o escape, regulando el metabolismo de hidratos de carbono, lípidos y proteínas, colaborando con el sistema inmune y facilitando la neuroplasticidad. No ocurre lo mismo si el cortisol se libera en dosis elevadas o continuas.⁹ Si bien la encargada de coordinar las diferentes áreas relacionadas con el procesamiento emocional es la amígdala y no el hipocampo, éste juega un rol importante a través de la conformación de la denominada memoria declarativa, aquella que utilizamos para almacenar o recordar –mediante un esfuerzo de orden conciente– tanto los sucesos cotidianos como el conocimiento objetivo de lugares, objetos o personas. La parte de esta memoria autobiográfica que es utilizada para nuestros acontecimientos se denomina *representación episódica*, en

tanto que la porción utilizada para recordar los hechos objetivos se denomina *conocimiento semántico*. De acuerdo a cómo se forma la memoria declarativa, se puede decir que el hipocampo es sólo una estación transitoria, de tan sólo días o semanas, en el camino del almacenamiento de largo plazo del conocimiento tanto episódico como semántico, el cual tendrá lugar en las áreas corticales de asociación que procesan inicialmente la información sensorial.

Diversas investigaciones han demostrado que el hipocampo –conjuntamente con otras áreas (corteza entorrinal)– tiene un rol fundamental en la formación de la memoria declarativa, participando en las primeras etapas de su formación. Se postula que la neurogénesis que se produce a nivel del giro dentado del hipocampo intervendría en la clarificación de viejas trazas de memoria, luego de que la información fuera transferida y almacenada en corteza. De este modo el hipocampo quedaría libre para adquirir nueva información y generar nuevos engramas de memoria. Otros exámenes realizados en animales y en seres humanos, sugieren que una lesión, aun limitada en cualquiera de los componentes principales del hipocampo, puede tener un efecto importante en el almacenamiento de la memoria.¹⁰

Al igual que lo que ocurre en la amígdala, a la disminución del volumen hipocampal se lo relaciona con el cuadro de depresión y ansiedad. El hipocampo tiene una importante conexión con la amígdala, desarrollándose una significativa interrelación en los procesos fisiológicos y patológicos; con relación a estos últimos, entre la memoria del hecho aversivo (hipocampo) y la experiencia productora del miedo (amígdala).

En razón de considerarse que el Sistema Nervioso Central es un sistema complejo, dinámico y abierto, permite salir de la apreciación de tipo compartimentada y simplificada del mismo, permitiendo comprender así que las diferentes áreas mencionadas interactúan dentro de una com-

⁹ Alvano, S A. «Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad y depresivos: áreas relacionadas y factores involucrados. Parte I.» En: *Revista Latinoamericana de Psicofarmacología y Neurociencia* 2006;39:9-15. Buenos Aires: Sciens, 2006

¹⁰ Kandel E R, Schwartz J H, Jessell T M. «Aprendizaje y memoria.» En: *Principios de Neurociencia*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2001. Cap. 62, págs. 1227-1246

pleja red neuronal formada por circuitos paralelos, altamente interactivos, que se modulan unos a otros en el procesamiento de la información. Este concepto nos permitirá comprender que tanto los factores ambientales como la predisposición genética juegan un rol esencial en el desarrollo de los cuadros depresivos y de ansiedad en sus diferentes expresiones clínicas.

Para concluir, planteamos que la postulación mayoritaria en la actualidad es la que afirma que habría muchos genes que se involucran y, que al interactuar con factores evolutivos y ambientales, provocan modificaciones epigenéticas del ADN. Estos mecanismos, más otros enteramente aleatorios, conducirán finalmente hacia el desarrollo de conductas tanto normales como patológicas.¹¹

Consideraciones clínicas

Los TA se clasifican en: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobias, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno de Ansiedad asociada a enfermedad somática y al uso de sustancias psicoactivas.

Para circunscribirnos dentro de los TA que con más frecuencia se presentan en la práctica cotidiana en atención primaria, desarrollaremos especialmente el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno por Pánico.

Trastorno de ansiedad generalizada

En 1895, Freud enunció su concepto sobre la «Neurosis de Angustia» a la que Brissaud prefirió denominar «Neurosis de Ansiedad». Hasta 1980 la Neurosis de Ansiedad incluyó en su denominación al Trastorno por Pánico. A partir de ese año, en el DSM III se suprimió el término «Neurosis de Ansiedad» y distinguió ambos trastornos.

Es un trastorno que representa el 50% de todos los casos diagnosticados como trastorno de ansiedad y en gran proporción se presenta en el sexo femenino. La prevalencia en la población general está en el orden del 5%. Uno de los argumentos más valederos para diferenciar el TAG de TP, es el genético. Las tasas de concordancia para el TAG no mostraron diferencias entre gemelos monocigotos y dicigotos, mientras que para el TP las tasas fueron cinco veces mayores en los monocigotos que en los dicigotos. Por otra parte se han comprobado los efectos beneficiosos de la imipramina en el TP, en tanto que en el TAG, los ansiolíticos (BZD) y las técnicas de relajación serían los más apropiados.¹²

Clínica

En el TAG—que guarda estrecha relación con el *stress* ambiental crónico— el paciente experimenta en forma sostenida, múltiple y variada, una sintomatología ansiosa que se instala insidiosamente. La ansiedad que distingue a este trastorno puede ser definido como *un sentimiento penoso de expectación que engendra la tendencia a la duda desde el punto de vista intelectual, la inseguridad desde el punto de vista afectivo y la irresolución desde el punto de vista volitivo*.

El paciente puede presentar una fascie ansiosa, que denota la expresión de hiperalerta, midriasis y sacudidas fibrilares peribucales. También puede presentar hiperhidrosis palmar. Presenta un discurso rápido y abundante, a veces con cierta dislalia. Se observa inquietud psicomotriz, evidenciada por la abundancia de gestos y ademanes, y a veces por la imposibilidad de permanecer sentado. Estos síntomas pueden llevarlo a consultar a su médico clínico, por múltiples reacciones somáticas de ansiedad, entre ellas:

- Trastornos musculares: contracturas, temblores, sacudidas fibrilares que, sumados

¹¹ Alvano, S A. «Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad y depresivos: áreas relacionadas y factores involucrados. Parte II.» En: *Revista Latinoamericana de Psicofarmacología y Neurociencia* 2006;40:7-14. Buenos Aires: Sciens, 2006

¹² Hernández A L y S Pujol. «Trastornos de ansiedad.» En: Suárez Richards, Introducción a la psiquiatría. La Plata: Slider, 2002. Cap. 5, págs. 101-116

a las dudas y cavilaciones, redundan en torpezas motoras

- Trastornos digestivos y de la alimentación: sequedad de boca, constipación o diarrea, hiperorexia o hiporexia
- Trastornos urinarios: poliuria y polaquiuria
- Trastornos genitales y de la sexualidad: impotencia, eyaculación precoz en el hombre y frigidez en la mujer
- Trastornos vasomotores: palidez o rubicundez de la piel

Las manifestaciones psíquicas de la ansiedad determinan la dificultad para concentrarse en una tarea y fallos en la memoria, con la consecuente disminución del rendimiento intelectual. En lo afectivo son personas que se sienten inseguras, vulnerables, temerosas de que algo para sí —o para sus seres queridos— suceda y se muestran alerta ante cualquier estímulo ambiental. Frecuentemente padecen de insomnio de conciliación, sueño discontinuo y/o pesadillas, por lo que se quejan de un sueño poco reparador.

No hay que olvidar que una intervención efectiva puede producir una remisión completa o mejorar el funcionamiento psicosocial, aumentar la productividad, reducir los costes y mejorar la calidad de vida del paciente. Algunas personas creen que los únicos problemas que vale la pena mencionar o tratar son físicos y no consultan por ciertos aspectos que consideran casi normales, tales como preocupaciones, conductas evitativas, ansiedad y temores. Muchos pacientes llegan al clínico mencionando simplemente síntomas somáticos (cardíacos, gastrointestinales) vinculados a su problema psiquiátrico y ello dificulta aún más el diagnóstico. El médico de asistencia primaria es, generalmente, el primer profesional al que llega el paciente con TAG, sin embargo, y a pesar de que existen estrategias efectivas disponibles para un número importante de estos individuos, la mayoría de ellos no recibe un tratamiento específico. Actualmente, menos del 25% de los pacientes con TAG puro o en comorbilidad con depresión recibe una medicación psicofarmacológica adecuada.

Algunos factores citados más abajo pueden afectar la habilidad del médico no especialista para reconocer trastor-

nos psiquiátricos; es por ello importante determinar si las quejas del paciente reflejan una enfermedad médica general con repercusiones psicológicas o inversamente un problema psicológico con consecuencias físicas. Un indicio que puede orientar claramente acerca de un trastorno ansioso depresivo, lo encontramos en aquel paciente que presenta síntomas indefinidos sin una aparente base orgánica. A continuación, mencionamos alguna de las enfermedades que pueden dar origen a cuadros ansiosos:

- Respiratorias: neumotórax, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, edema agudo de pulmón, tromboembolismo pulmonar, asma
- Metabólicas: hipoglucemia, hiponatremia, hipercalcemia, hipertermia y anemia
- Tumorales: feocromocitoma, carcinoide
- Inmunológicas: colagenopatía, anafilaxia, reacciones alérgicas, HIV-Sida
- Endocrinas: hipertiroidismo e hipotiroidismo, hiperadrenalismo
- Gastrointestinales: colopatía funcional
- Neurológicas: temblor esencial, encefalopatías, epilepsia, síndrome de piernas inquietas, acatisia, traumatismo de cráneo
- Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, angina de pecho, hipovolemia, arritmia síncope, prolapso de válvula mitral, infarto agudo de miocardio

Otro cuadro que cursa con síntomas ansiosos es la denominada *Disfunción Vegetativa Somatomorfa* (CIE-10, 1992), en la cual se producen síntomas persistentes y molestos causados por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, que afecta órganos y sistemas específicos, sin que se detecte una base lesional. Esta clasificación incluye colon irritable, diarrea, aerofagia, hipo, dispepsia, tos psicógena, hiperventilación y disuria.

Evolución

El curso del TAG es fluctuante, con tendencia a la cronicidad; muchas veces esta característica puede llevar al error de pensar que las manifestaciones ansiosas constituyen rasgos de la personalidad del paciente.

Sin una adecuada terapéutica, se calcula que en un 80% de los pacientes el trastorno puede estar presente a los tres años de su comienzo. Es frecuente también la comorbilidad con depresión.

Tratamiento

El tratamiento del TAG comprende diversos recursos, los cuales deben articularse de una manera integrada con el propósito de obtener una mayor eficacia terapéutica. Una vez que se ha descartado todo antecedente orgánico, es importante considerar la elevada prevalencia en comorbilidad de otros trastornos de ansiedad o del humor, los cuales deben ser tenidos en cuenta en el abordaje terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico, es fundamental informar al paciente y a su familia acerca de su problema, de las posibles causas precipitantes y de las posibilidades de recuperación.

El paso siguiente es *iniciar una farmacoterapia racional* y, de ser posible, asociarla con intervenciones psicoterapéuticas con el propósito de que el paciente afronte y procure controlar la ansiedad. Hasta la actualidad se han ensayado con éxito variable tres grupos de fármacos: las benzodiazepinas (BZD), las azaspironas (cuyo único exponente en uso clínico es la buspirona) y los antidepresivos. Muchos estudios han confirmado la eficacia de las BZD en el alivio de la ansiedad, tanto para las BZD de semivida larga (diazepam, clorazepato) como para las de semivida intermedia o corta (alprazolam, lorazepam, bromazepam). De las comparaciones directas entre drogas de distinta velocidad de eliminación, resultó que no había diferencias, de lo que se deduce que una adecuada dosificación evita la aparición de ansiedad entre una dosis y otra. Se estima que entre el 30 y 70% de los pacientes responde satisfactoriamente a las BZD.

Las diferentes moléculas no son igualmente eficaces para las distintas dimensiones sintomáticas del TAG. Los síntomas de orden físico (disnea, hipermotilidad del tracto gástrico, tensión muscular, palpitaciones) disminuyen antes y con más facilidad que los psíquicos, aunque también disminuye la ansiedad subjetiva. Existen, por otro lado, síntomas que no responden

igualmente: la tendencia a la excesiva preocupación, las rumiaciones y la hipersensibilidad en las relaciones interpersonales. En general existe consenso que cuando se opta por las BZD para el manejo de la ansiedad aguda o del TAG, *el tratamiento debe ser con la menor dosis posible y por el menor tiempo posible*, con el propósito de evitar que el paciente desarrolle dependencia. Rickels, uno de los principales investigadores sobre el uso de las BZD, recomienda: 1) si no hubo respuesta en las dos primeras semanas de tratamiento, está contraindicado insistir, y 2) el tratamiento cuando es eficaz, no debe durar más de cuatro semanas, pero eventualmente puede repetirse después de algunas semanas libres de medicación. Cuando se establecen tratamientos prolongados, es raro que incrementen los beneficios y en cambio parecen aumentar los eventos adversos a largo plazo, como sedación, incoordinación psicomotora, trastornos cognitivos, incremento de accidentes, depresión, trastornos respiratorios y abuso.

Las BZD *se encuentran relativamente contraindicadas en pacientes con historia de depresión o abuso de sustancias*, o si se encuentra cursando con algún trastorno clínico en el cual la sedación debe ser evitada, como por ejemplo apnea del sueño o enfermedades pulmonares severas. El retiro de las BZD debe ser gradual: algunos autores proponen que cuanto más largo haya sido el tratamiento, más lento debería ser el retiro; otros plantean que no existe relación entre la severidad de los síntomas de abstinencia y el tiempo previo de tratamiento. En razón de que la respuesta es individual, conviene adoptar una actitud conservadora: suprimir la droga lo más lentamente posible si el tratamiento fue relativamente prolongado (cuatro o más semanas). Si por el contrario, fue breve (1 a 3 semanas), una deshabitación lenta hará incrementar el tiempo de exposición.

La buspirona es una azaspirona considerada efectiva para el tratamiento de los casos considerados leves o moderados del TAG, especialmente si se da por tiempos prolongados, dado que no produce dependencia, no interactúa con el

alcohol y no causa trastornos psicomotores. Actúa como agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A}.¹³ En varios trabajos se demostró que es más eficaz que el placebo e igualmente eficaz que diversas BZD, como diazepam, lorazepam y alprazolam. El efecto ansiolítico se logra alrededor de las dos semanas de tratamiento. La buspirona no es tan útil como las BZD para tratar los síntomas físicos asociados a la angustia, pero alivia satisfactoriamente la ansiedad subjetiva. La dosis efectiva oscila entre los 15 y 60 mg/día, y dado que tiene una semivida corta, se recomienda fraccionarla en tres tomas diarias. Los principales eventos adversos son náuseas y vértigos. Aunque en ensayos preclínicos se planteó la expectativa de contar con un ansiolítico con bajo perfil de eventos adversos en comparación a las BZD, en la experiencia clínica este compuesto tiene en muchas ocasiones un comportamiento errático.

Durante años se pensó que los antidepresivos incrementaban los síntomas característicos del TAG, en especial los autonómicos, sin embargo dada la presencia de estados mixtos de ansiedad y depresión, se comenzaron a realizar investigaciones y se evaluó la utilidad de los antidepresivos cuya eficacia ya había sido demostrada en otros TA. La imipramina es útil aun cuando no presente comorbilidad con depresión. Comparando el tiempo de acción con las BZD, hay que considerar que con la imipramina comienzan a verse los resultados recién entre la tercera y la cuarta semana, y tiene mayor capacidad de alivio en los síntomas psíquicos que en los físicos. Recientemente se agregaron evidencias acerca de la eficacia de la velanfaxina, paroxetina y la sertralina.

Si la mejoría lograda, tanto con la utilización de antidepresivos como con buspirona o BZD, es parcial, y los síntomas residuales son de tipo autonómico, puede ser de utilidad la inclusión de β -bloqueantes adrenérgicos.¹⁴

Trastorno por pánico

Antes de describir el TP, es importante destacar que *no se trata de un trastorno puro de ansiedad*. Las crisis son ataques paroxísticos de miedo, no de angustia ni de ansiedad; la expresión clínica aparece como resultado de la expresión fenomenológica de ese miedo. La ansiedad se hace evidente en las anticipaciones, ante la posibilidad de que se produzca un nuevo ataque. No es una entidad con una fisiopatología homogénea. Los mecanismos generadores son varios, pero el disparador final del ataque es interceptor y es factible que esté ligado a la conservación de la homeostasis. Por último, no alcanza con los elementos que se expresan en las crisis paroxísticas para definir un trastorno de pánico, se requiere de componentes psicológicos vinculados a una interpretación determinada de los síntomas somáticos para que el cuadro clínico se desenvuelva en su totalidad.

Los *datos epidemiológicos* obtenidos en los países desarrollados, permiten afirmar que el TP tiene una prevalencia entre el 1,6% al 2,2%. Sus síntomas se presentan a partir de los veinte años, pero también se ven inicios en edades más tardías (30 años). Hay una mayor frecuencia en mujeres, 2:1 respecto del hombre, en especial en el grupo de pacientes que tienen pánico con agorafobia en los que la diferencia se hace aún mayor.

Entre los *factores de riesgo* se pueden citar: conflictos familiares, pérdida del soporte parental, ansiedad de separación durante la infancia, enfermedades crónicas (físicas o psiquiátricas) o consumo de alcohol y drogas.

Clínica

El *Trastorno por Pánico es un trastorno de ansiedad*, cuyos rasgos principales lo constituyen los ataques recurrentes angustiosos (pánico) y el nerviosismo y las crisis de angustia (ataques de pánico).

¹³ Cía, A.H. TAG. *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Polemos, 2005

¹⁴ Wikinski S y G S Jufe. «Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad.» En: *El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004

Su aparición se produce en forma súbita y el individuo puede estar realizando actividades cotidianas, cuando repentinamente siente que su corazón incrementa su ritmo cardíaco, su respiración se dificulta, tiene la sensación de que se va a desmayar y la certeza de que se va a morir. El primer episodio puede ocurrir durante alguna actividad rutinaria, pero existen diversos acontecimientos que pueden estar asociados al primer incidente del TP. Muchos pacientes han relatado la aparición del cuadro luego del consumo de drogas psicoactivas como cocaína, anfetaminas, sedantes, LSD, etc. Aquellas personas que cursan con un cuadro de hipotiroidismo o en el posparto, también pueden presentar el primer ataque. Todo ello nos hace intuir que algunos agentes pueden actuar como efecto gatillo, que provoca o inicia el ataque de pánico en pacientes predispuestos. También podemos sostener que es muy raro que el primer episodio se presente en el contexto de una enfermedad importante o accidente grave, o ante la pérdida de una relación personal.

Como ya señalamos, el paciente puede estar desarrollando una actividad habitual como leyendo un libro, comiendo en su casa o en un restaurante o conduciendo un automóvil cuando —en forma repentina— comienza a experimentar miedo, terror, sensación de opresión y de muerte inminente. Se asocian síntomas físicos como disnea, palpitaciones, sofocaciones, ligado a un sentimiento de irrealidad (despersonalización), parestesias, sensación simultánea de calor y de frío, sudoración, vértigos, temores, miedo a morir, a volverse loco y perder todo control. Está claro que la mayoría de las sensaciones físicas representan una estimulación del sistema nervioso autónomo.

Estos ataques tienen una duración aproximada entre 5 a 20 minutos, raramente sobrepasan la hora de duración. La gran mayoría de los pacientes presenta un cierto grado de ansiedad anticipatoria, resultante de experiencias de ataques previos. Existen evidencias de que la hiperventilación es un aspecto central en la fisiopatología de los ataques de pánico. Pacientes con trastornos

de pánico han demostrado hiperventilación crónica, síntoma que decrece una vez que se inicia el tratamiento específico.

En casos de TP, los ataques a menudo se producen a diario, en ocasiones se dan varias veces en el día y en otras oportunidades acontecen algunas veces por semana. Luego del primer ataque inesperado, conseguir algún reaseguro clínico suele ser suficiente para el alivio temporario y la recuperación de la calma. Sin embargo, cuando se producen varios episodios sucesivos, el reaseguro convencional tiene menor valor y el paciente comienza a tener episodios en tiempo y lugares impredecibles, se vuelve aprensivo y ansioso, y rara vez alcanza niveles satisfactorios de seguridad. Con frecuencia, los sujetos con TP presentan *agorafobia*, esto es, temor a encontrarse en lugares donde escapar puede ser difícil o imposible, si se desencadenara un ataque de pánico. En los casos típicos, los pacientes con agorafobia tienen más crisis situacionales que inesperadas y las circunstancias en las que se desencadenan son muchas y variadas. Es así que evitan transitar en ómnibus, subterráneos u otros medios de transporte, no transitan en puentes, túneles, autopistas, no concurren a centros de compra, estadios deportivos o salas de espectáculos o, simplemente, no se alejan o no salen de la casa.

Tratamiento

Las guías para el tratamiento de los pacientes con TP elaboradas por la *American Psychiatric Association* (APA) en 1998, proponen respetar los principios terapéuticos básicos siguientes:

- Realizar un adecuado diagnóstico
- Evaluar la modalidad singular que adquiere el cuadro clínico en ese paciente
- Evaluar el tipo y el grado de deterioro funcional en cada caso
- Establecer una alianza terapéutica eficaz
- Controlar el estado psiquiátrico del paciente
- Educar al paciente acerca del trastorno y, si fuese necesario, a la familia
- Insistir en la necesidad de cumplir con el tratamiento

- Trabajar con el paciente para que aprenda a detectar los síntomas tempranos de recaídas¹⁵

Desde 1960 y a partir de los trabajos pioneros de Donald Klein, actualmente se sabe que los antidepresivos son útiles en el tratamiento de los TP. Originalmente, Klein planteó la utilidad de la imipramina a lo que luego se sumaron las evidencias de la eficacia de otros antidepresivos y de las BZD. El panel de expertos convocados por *American Psychiatric Association* (APA) en 2002, ubican a los ISRS en la primera línea de tratamiento, apoyándose para ello en su demostrada eficacia y en el mejor perfil de tolerabilidad.

En forma global, la respuesta de los ISRS fue cuantitativamente similar a la observada con la imipramina y superior a la que se logró con placebo. El primer ISRS aprobado por la FDA de EEUU (*Food and Drug Administration*) para el tratamiento del TP fue la *paroxetina*; su capacidad es similar a la *clorimipramina*, sólo que la tasa de abandono es mayor debido a los efectos adversos de los tricíclicos. En ésta el índice está en el orden del 19%, mientras que lo observado con *paroxetina* es del 7%.

La utilidad de la *sertralina* ha sido evaluada y se lograron resultados similares a los de la *paroxetina*; las dosis tienen un rango entre 50 y 200 mg/día por lo que es conveniente adecuar la dosis a cada paciente. También la *fluvoxamina* es eficaz, como lo son el *citalopram* y el *escitalopram*, en comparación con la *clorimipramina* y placebo. La *fluoxetina* fue utilizada en el tratamiento del TP mucho antes que se realizaran ensayos controlados y los trabajos realizados –el primero en el año 1998– concluyeron en que resultó eficaz en dosis entre 10 y 20 mg/día. También útiles –aunque con experiencia más limitada– son los IMAO, pero dada la

necesidad de acompañar el tratamiento con dietas restrictivas, hacen que estos fármacos sean pocos convenientes.

De lo expuesto surge que *los ISRS son los antidepresivos de elección* para iniciar el tratamiento del TP. Durante mucho tiempo se consideró no útiles a las BZD para este tipo de trastorno, pero tal criterio se ha modificado dada la presencia en el mercado de las BZD de alta potencia (*alprazolam* y *clonazepam*) y hoy constituyen una de las *alternativas racionales* para el tratamiento del TP. La dosis de *alprazolam* para el tratamiento agudo del TP oscila entre 2 y 6 mg/día. Dosis más altas se asocian con frecuencia a ataxia, sedación, fatiga, alteraciones en la memoria, etc. Dado que la semivida de eliminación es de alrededor de 8 horas, pueden presentarse síntomas entre una dosis y otra. Por su parte el *clonazepam*, cuya semivida es de 24 horas o más, puede ser una adecuada alternativa para el tratamiento TP. La dosis entre 1 a 4 mg alivia los síntomas con pocos efectos adversos, entre los cuales, la sedación y los mareos, se observan principalmente en pacientes tratados con dosis superiores.

Por último, los tratamientos psicoterapéuticos mejor estudiados hasta el presente, han sido las *terapias cognitivo-conductuales*, que tienen como estrategia mejorar la sintomatología a través de la psicoeducación, el control continuo del pánico y la reestructuración cognitiva enfocada sobre la corrección de la interpretación catastrófica errónea de las sensaciones corporales. Se plantea que los tratamientos cognitivo-conductuales desarrollados con técnicas rigurosas durante dos a cuatro meses, tienen una tasa de respuesta de entre el 60 y 75%, estando los pacientes libres de síntomas un año después de finalizado el tratamiento.

¹⁵ Márquez, M. «El Trastorno de Pánico.» En: Marchant N y A Monchablon-Espinoza, *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Grupo Guía, 2005. Tomo I, Cap. 17, págs. 235-249

Mario Klijnjan

*Yo nací un día
que Dios estuvo enfermo, grave.*

César Vallejo, «Espergesia».

Introducción

Dentro del espectro de los trastornos afectivos, el *Trastorno Depresivo Mayor (TDM)* es considerado el más frecuente. En los últimos años existe un incremento de la prevalencia de los *trastornos bipolares (TB)* que se produce a expensas de las depresiones unipolares o recurrentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado todos los trastornos médicos más importantes que se presentan en el mundo, de acuerdo al grado de discapacidad que provocan. Los *Trastornos Depresivos* se ubican en el *cuarto lugar* como enfermedad causante de discapacidad, detrás de los trastornos cardiovasculares, cáncer y accidentes automovilísticos, ubicándose los TB en su conjunto en el sexto lugar.

Los expertos de la OMS han proyectado que para el año 2025, los trastornos depresivos ocuparán el segundo lugar luego de los trastornos cardiovasculares, si no se logran mejorar la prevención, el diagnóstico y la terapéutica.

Estas proyecciones ponen en evidencia el impacto que genera esta enfermedad desde el punto de vista de la salud pública, ya que causa importantes costes personales y sociales, como también el incremento en la utilización de los servicios de salud para el tratamiento de otros problemas médicos, dado que generalmente los pacientes consultan por síntomas somáticos que enmascaran en muchas ocasiones una enfermedad depresiva subyacente; los costes también se incrementan en las hospitalizaciones prolongadas por este tipo de trastorno y pueden incrementar la predisposición hacia otras patologías.

Las características clínicas de los trastornos son diversas según el tipo de depresión, de acuerdo a la edad, género y a la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas o médicas.

Varios estudios han demostrado que la depresión en mujeres duplica la incidencia de la depresión en los hombres, ya sea en la consulta en atención primaria como en la consulta psiquiátrica. En 1993, Weissman observó un 1,7% de incidencia en hombres

sobre un porcentaje de 2,7 en mujeres, y en un estudio de Williams, sobre 1000 pacientes atendidos en atención primaria, un 31% de las mujeres presentó depresión contra 19% de los hombres.¹

Otro de los factores de riesgo a tener en cuenta es la edad de inicio, que se encuentra entre los 20 y 40 años. La probabilidad de padecer el trastorno está en el orden de 1,5 a 3 veces mayor en quienes tienen familiares directos que padecen la enfermedad. Otro dato epidemiológico a tener en cuenta es el estado civil, donde la mayor prevalencia está entre los divorciados, separados y viudos. Por último, en quienes han sufrido un episodio depresivo, la probabilidad de presentar una recurrencia es del orden del 50%, quienes han tenido dos episodios previos tienen una probabilidad del 75% y entre los que han padecido tres episodios es del 90%.

Diagnóstico

Con frecuencia los seres humanos padecemos emociones que son consideradas normales, tales como la tristeza, la alegría, el miedo, la ira, la sorpresa, el asco o la propia felicidad por diferentes logros alcanzados. Estas emociones primarias son una respuesta normal y adaptativa a diversas situaciones que a diario los seres humanos debemos enfrentar. Pero en muchas ocasiones los seres humanos denominan a la tristeza, por ejemplo, como depresión, sin llegar al concepto médico de la enfermedad; es por ello que el médico de atención primaria tiene que definir con la mayor certeza posible entre esta emoción u otras, y el desorden propiamente dicho.

Charles B. Nemeroff, en un trabajo reciente publicado en el *Journal of Psychiatry Research* 2007, dedicado a la revisión de los

factores que hacen dificultoso el diagnóstico de la depresión severa, plantea que por un lado se encuentra su naturaleza heterogénea, la falta de definiciones estandarizadas y las frecuentes comorbilidades que confunden el diagnóstico por la sintomatología que suelen presentar. Asimismo plantea que no existe aún una condición biológica que la defina, si bien se sabe, a partir de muchos trabajos de investigación, de la participación de elementos a nivel neurobiológicos, hormonales e inmunitarios que muestran una disfunción para este tipo de trastorno.

En general el diagnóstico de las depresiones consideradas severas se logra a través de la consideración de los diferentes tipos clínicos y del reconocimiento de la severidad de los síntomas en conjunto, y evaluando el grado de daño funcional durante las entrevistas.²

Los Manuales de diagnóstico DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1994) y el ICD 10 (*Organización Mundial de la Salud*, 1992) describen fundamentalmente dos tipos de depresión unipolar: el TDM y la Distimia.³⁻⁴

El TDM se define por la presencia de un episodio depresivo, por lo menos debe tener dos semanas consecutivas de evolución y que se caracteriza por la presencia de al menos uno de dos síntomas principales: humor depresivo o disminución del interés, o placer en todas o casi todas las actividades. Éstos se deben acompañar de al menos cuatro de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia significativa de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o inhibición psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de marcada desesperanza o de culpa inapropiada con la realidad, disminución en sus capacidades cognitivas (memoria, atención, concentración) y pensamientos recurrentes

¹ Burt V K; Stein K. «The epidemiology of depression throughout the female life cycle.» En: *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (supp 7):3-8

² Nemeroff C B. «The burden of severe depression: A review of diagnostic challenges and treatment alternatives.» (La carga de la depresión severa: Una revisión de los retos diagnósticos y las alternativas en el tratamiento). En: *J Psychiatr Res* 2007 Apr-Jun; 41(3-4):189-206

³ American Psychiatric Association. *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995

⁴ Organización Mundial de la Salud. *CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992

de muerte, acompañados de ideas suicidas o sin ellas. La duración mínima del episodio que justifica el diagnóstico es de dos semanas previas al inicio de los síntomas.⁵

El TDM no debe incluir a lo largo de la vida del paciente episodios que sean categorizados como maníacos o hipomaníacos, a diferencia del Trastorno Bipolar (TB) en el que se alternan episodios de depresión con otros de elevación anormal del estado de ánimo (hipomanía, manía).

La creación del Trastorno Distímico como una categoría diagnóstica independiente fue previa a la publicación del DSM III y respondió a la insatisfacción con el diagnóstico de Neurosis Depresiva que, por aquel entonces, era el trastorno depresivo diagnosticado con más frecuencia en el DSM II. Luego se lo incorporó en forma definitiva con la aparición del DSM IV y el ICD 10, por lo que podemos inferir que es un concepto clínico relativamente nuevo.

La característica esencial del *Trastorno Distímico* que prevalece, tanto en la consulta psiquiátrica como en la clínica, es la depresión. Los pacientes que reciben este diagnóstico, en lugar de presentarse con episodios agudos o bien estructurados, a menudo se quejan de que *siempre han sufrido molestias afectivas de curso crónico*, de poca intensidad o grado menor, pero no presentan signos clínicos definitorios de una depresión.⁶

El rasgo esencial del Trastorno Distímico es su cronicidad, precede a menudo a los trastornos afectivos mayores y en ocasiones con una duración superior a una década. Se define como una enfermedad duradera leve de al menos dos años, con alteraciones intermitentes o sostenidas de humor deprimido y con síntomas asociados. Entre los rasgos clínicos podemos mencionar que la distimia primaria puede tener una manifestación temprana o tardía, y que suelen manifestarse los primeros síntomas durante la infancia o en la adolescencia. De comienzo insidioso, experimentan muchos síntomas crónicos leves:

disforia, irritabilidad, ansiedad, anhedonia (pérdida de interés y placer por las aficiones y actividades), alteraciones del apetito y del sueño. Con frecuencia se manifiestan síntomas cognoscitivos y conductuales fluctuantes: baja autoestima, sentimientos de culpa, distanciamiento social, disminución de los intereses y desesperación, y suelen presentar en muchas ocasiones ideas suicidas. Se relacionan los síntomas con todo un espectro de dificultades caracterológicas que van de la dependencia pasiva, el pensamiento y la cavilación, a un negativismo extremo, histrionismo y rasgos antisociales.⁷

La naturaleza intermitente de los síntomas en la distimia se complica frecuentemente con la manifestación intercurrente de episodios de TDM, constituyendo lo que se denomina «depresión doble». Fueron Sellar y Shapiro quienes en 1982 introducen este concepto, los mismos observaron que en algunas ocasiones se pueden presentar episodios de TDM en el curso de una Distimia y que éstos pueden remitir con o sin tratamiento, pero los pacientes regresan luego a sus síntomas distímicos crónicos.

Depresión atípica y enmascarada

Además de los trastornos clásicos y tal vez los más difícil de diagnosticar, son las denominadas «depresiones atípicas» o las «depresiones enmascaradas», trastornos que se presentan con mucha frecuencia en los consultorios de atención primaria. La depresión atípica es una categoría residual que se utiliza para clasificar a los pacientes con rasgos depresivos que no cumplen los criterios de un TDM, tampoco de un Trastorno Distímico o de un Trastorno de Adaptación. El cuadro presenta las siguientes características: la persona puede tener un incremento de sus ingestas alimenticias

⁵ Wikinski S y G S Jufe. «Tratamiento farmacológico del trastorno depresivo.» En: *El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004. Cap. 7, págs. 141-166

⁶ Akiskal H S. «Dysthymia: clinical and external validity.» En: *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;383:19-23. Review

⁷ Kaplan H I y B J Sadock. «Trastorno del estado de ánimo.» En: *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997. Vol. 2, Cap. 16, págs. 995-1117

(con el consiguiente incremento de peso) más que disminución del apetito, hipersomnolia más que insomnios, reactividad en el estado de ánimo más que un estado depresivo, marcada ansiedad y sensibilidad hacia los factores medioambientales.

Es una categoría relativamente nueva, definida principalmente por su naturaleza residual, no es fácil obtener información específica sobre su epidemiología, prevalencia, cociente según el sexo y pautas familiares. Tampoco es posible describir con especificidad las causales; es improbable que la depresión atípica represente una única condición, sin embargo es posible que sean formas pocos frecuentes de presentación clínica en la historia natural de las formas mayores del trastorno afectivo.

Entre los adolescentes y adultos jóvenes, la depresión atípica puede ser bastante común, sobre todo por los modos de manifestación. Los cambios de humor son frecuentes en estas etapas, reactivos ante los estímulos del medio, entendiendo por reactividad del humor a la capacidad de alegrarse en situaciones vivenciales positivas y al mantenimiento del estado de ánimo normal (o no triste) por un tiempo prolongado, en tanto las condiciones del contexto sigan siendo favorables. Alternativamente, cuando aparecen situaciones conflictivas, el estado de ánimo se sostiene deprimido durante largo tiempo, con oscilaciones a veces pronunciadas y con ciclos bien diferenciados.

Los pacientes manifiestan una importante disminución de la energía física, sintiendo los miembros superiores e inferiores inertes y con dificultad para moverse. Casi siempre este tipo de trastorno va acompañado de hipersomnolia, con largos períodos nocturnos y/o con siestas prolongadas, alcanzando a dormir —en ocasiones— más de 10 horas diarias y muchas veces coexisten con problemas para conciliar el sueño. El apetito se encuentra notablemente incrementado especialmente para los chocolates, dulces e hidratos de carbono. Uno de los rasgos psicológicos que distingue al

cuadro es una extrema sensibilidad emocional ante las críticas o el rechazo afectivo, síntoma que aparece precozmente y acompaña a lo largo de la vida adulta del paciente. La sensibilidad al rechazo acontece tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, provocando un deterioro importante en su funcionalidad, con dificultades para mantener relaciones duraderas y estables.

El cuadro es más frecuente en mujeres que en varones, el curso es más crónico y menos episódico que las depresiones bipolares o las depresiones mayores recurrentes típicas, y suele presentar una recuperación interepisódica incompleta. Muchos pacientes con alteraciones del humor atípicas pueden participar en conductas de alto riesgo como la conducción a excesiva velocidad, tener conductas de promiscuidad sexual, consumo de fármacos, alcohol o drogas psicoactivas. También hay que tener en cuenta cuando el paciente evita compromisos y responsabilidades adquiridas, presentan diversas formas de confusión o las denominadas crisis de identidad.⁸

En los pacientes adultos mayores, las formas atípicas de trastornos afectivos implican a menudo que se piense en la posibilidad de un cuadro de demencia. Los pacientes se quejan de pensamiento lentificado, dificultad en la concentración y en la memoria. A estas manifestaciones se le pueden agregar pérdida de peso, trastornos del sueño y, en ocasiones, incontinencia de orina y heces. En este caso el diagnóstico diferencial con la demencia es de suma importancia. Un error frecuente que se comete es suponer que todos los trastornos clínicos que tienen lugar en los adultos mayores son una demencia y se subdiagnostica la depresión. Ésto es importante pues las depresiones en el adulto mayor responden bastante bien a los tratamientos y son muchas veces reversibles.

El incremento de los estados depresivos que se observa tanto en países desarrollados como en los emergentes como el

⁸ Márquez M. «Depresiones atípicas: hacia una reconceptualización.» En: Stagnaro, J C (comp). *El Dolor de la Depresión. ¿Una máscara?* Buenos Aires: Polemos, 2005. Tomo II, Cap. 8, págs. 119-136

nuestro⁹ –más aún en las zonas urbanizadas– atañe menos a las depresiones clásicas y se presentan en mayor proporción las depresiones calificadas de «enmascaradas».

Los cuadros clínicos englobados dentro de esta categoría se caracterizan por el predominio de síntomas somáticos con relación a los síntomas psíquicos y psicomotores. Diversos trastornos somáticos y neurovegetativos constituyen la «máscara» detrás de la cual se oculta la depresión. Es por ello que con frecuencia la máscara misma de la depresión que existe en la base de la sintomatología induce a los pacientes a consultar con los MAP, generando en muchas ocasiones una marcada demora en la realización del diagnóstico precoz.¹⁰

Los Trastornos de Ansiedad se presentan frecuentemente asociado con los Trastornos Depresivos; aun cuando no se asocian a depresión, pueden presentar similitudes clínicas que hacen dificultosa su diferenciación diagnóstica. En los Trastornos de Ansiedad hay también una sobre valoración de las dificultades, la angustia es marcada, permanentes dudas y conductas ambivalentes, pero la energía y las ideas depresivas no se encuentran presentes.

Los síntomas de un episodio depresivo –por definición– no deben estar provocados directamente por ninguna condición clínica, como por ejemplo el hipotiroidismo o por sustancias que pueden provocar síntomas depresivos.

Comorbilidad

Con frecuencia muchos estados depresivos se encuentran en comorbilidad con diferentes trastornos somáticos que deben atender los MAP. Si los síntomas depresivos tienen un inicio que podemos considerar tardío (entre los 45 y 50 años) y el paciente no presenta antecedentes de episodios depre-

sivos previos, como tampoco si tiene antecedentes familiares, es importante que se esté atento a la posible existencia de una enfermedad orgánica.

Los trastornos somáticos que pueden presentarse con depresión se pueden agrupar del siguiente modo: *enfermedades infecto-contagiosas* (mononucleosis infecciosa, Sida, neumonías, hepatitis), *neoplásicos* (tumores de cabeza, de páncreas, metástasis), *endocrinas* (disfunción eje tiroideo, adrenal), *hemáticas* (anemias, leucemias), *neurológicas* (tumores cerebrales, enfermedad de Parkinson, demencias, esclerosis múltiple), *colagenopatías* (LES, artritis reumatoidea), *déficit nutricional* (B12, tiamina, folatos) y *trastornos del sueño* (apnea obstructiva). En algunas circunstancias un diagnóstico y una terapéutica adecuada permiten aliviar o eliminar los síntomas depresivos, en otras ocasiones se impone un abordaje de la depresión. Tener presente que el consumo de alcohol siempre es un factor de comorbilidad.

También es importante tener en cuenta aquellos fármacos que puedan causar o exacerbar síntomas depresivos: la reserpina, β -bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio, L-Dopa, interferón, corticoides, anticonceptivos, benzodiacepinas, psicotrópicos, y secundarios a intoxicaciones por insecticidas, mercurio o talio.¹¹

Las enfermedades físicas impactan en los pacientes y con frecuencia van acompañadas de mucho sufrimiento, dolor físico y psíquico, con pérdida de las actividades cotidianas, en ocasiones pasando mucho tiempo hospitalizado, lo cual genera una situación de marcada falta de adaptación y con la consiguiente aparición de diversas preocupaciones como la situación económica, el temor por la pérdida laboral, la incapacidad transitoria o permanente o la amenaza de la propia vida.

Cuando se experimenta una dolencia física con pérdida de la salud, de la capa-

⁹ República Argentina

¹⁰ Gargoloff P R y M Márquez. «Depresiones enmascaradas tratadas en medicina interna.» En: Stagnaro, J C (comp). *El Dolor de la Depresión. ¿Una máscara?* Buenos Aires: Polemos, 2005. Tomo I, Cap. 1, págs. 7-20

¹¹ Corral R. «Trastorno del estado de ánimo.» En: Marchant N y A Monchablón-Espinoza, *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Grupo Guía, 2005. Tomo I, Cap. 26, págs. 413-420

cidad de control de las situaciones, de los proyectos, el paciente puede experimentar un estado de angustia que se puede equiparar a lo que sucede ante la pérdida de un ser querido. La presencia de una enfermedad física indefectiblemente deberá llevar al paciente a realizar un duelo sobre sus pérdidas y una adaptación a la enfermedad. Cuando las consecuencias son graves y el paciente tiene autoestima baja, las posibilidades de desarrollar un episodio depresivo tiene una alta incidencia.

Teorías neurobiológicas de la depresión

Aunque existe variada e importante literatura sobre las causas biológicas que participan en la depresión, aún es un tema que no se encuentra totalmente dilucidado. La primer gran teoría sobre la etiología biológica de la depresión planteaba que ésta era el resultado de un déficit de neurotransmisores (NT) monoaminérgicos, principalmente de serotonina (5HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA). Esta hipótesis se apoyaba sobre evidencias que eran bastante simplistas, por la existencia de ciertos fármacos como la reserpina y la alfa-metil-paratiroxina, que reducían la cantidad de estos neurotransmisores induciendo depresión. Por otra parte los antidepresivos conocidos hasta ese momento tenían capacidad farmacológica que potenciaba estos NT.¹²

Schikraut la denominó «hipótesis catecolamínica de los desórdenes afectivos», suponiendo que las depresiones o buena parte de ellas, estaban asociadas a una deficiencia de catecolaminas, particularmente de NA. Schikraut planteó que tal disminución podría ser el resultado de diversos factores como fallos en la síntesis, exceso del catabolismo o pérdida de la sensibilidad de los receptores.¹³

Un hecho que juega en contra de la teoría monoaminérgica –y que demuestra la compleja relación entre las monoaminas y la depresión– es el retardo en la acción de los ATD. A pesar de que éstos incrementan los niveles de aminas en el espacio sináptico en forma rápida (en días), la respuesta terapéutica está basada en la administración crónica del fármaco (varias semanas). Ello explica en parte la disminución de algunos síntomas de la depresión que –en ocasiones– se visualizan en los primeros días de tratamiento. Aquella demora se explica de distintas maneras a través de varias hipótesis para justificar los tiempos de acción de los antidepresivos.¹⁴

La primera de ellas sugiere que la denominada velocidad de disparo del potencial de acción de las neuronas monoaminérgicas se vería reducida por la activación de los autoreceptores inhibitorios, activados a su vez de manera secundaria por los altos niveles de neurotransmisor en la biofase. En segundo lugar, es sabido que el tratamiento crónico produciría una regulación en baja (*down regulation*) de los receptores beta adrenérgicos y serotoninérgicos 5HT_{2A} en el sistema límbico. A esto se suma el hallazgo de un incremento de la neurotransmisión a través del receptor 5HT_{1A} en el hipocampo durante el tratamiento antidepresivo crónico.

De todas maneras, la regulación de estos receptores por sí misma no alcanza para explicar la acción terapéutica de los antidepresivos. En la etapa aguda de tratamiento existiría una sobre-estimulación neuronal producto del incremento abrupto de los niveles de monoaminas que actuarán sobre una gran densidad de receptores de membrana, secundaria a una *up-regulation* por la hipotética depleción monoaminérgica en la depresión. Posteriormente, la regulación del número de receptores será una reacción adaptativa a los altos niveles de monoaminas. Como resulta-

¹² Stahl S M. «Depresión.» En: *Psicofarmacología esencial. Aplicaciones básicas y prácticas en neurociencias*. Buenos Aires: Planeta, 1996. Vol. 5, Cap. 3, págs. 157-200; edición española a cargo de Vicente S. Pérez

¹³ Moizeszowics J. «Antidepresivos.» En: *Psicofarmacología Psicodinámica IV*. Buenos Aires: Paidós, 1998. Cap. 6, Vol. 2, págs. 157-200

¹⁴ Moizeszowics J. «Antidepresivos.» En: *Psicofarmacología Psicodinámica IV*. Buenos Aires: Paidós, 1998. Cap. 6, Vol. 2, págs. 157-200

do de éste y a pesar de la *down regulation* de los receptores, durante el período crónico se observa un incremento relativo del *output* de estos últimos con respecto al período hipotético de depresión o no tratamiento.

A partir de los avances en la investigación en el campo de la biología molecular, hoy podemos conocer la implicancia de los cambios metabólicos secundarios a la estimulación de los receptores monoaminérgicos. Dicha estimulación, a través de la activación de una cascada de procesos enzimáticos intracelulares, provocará la modificación de la expresión genética neuronal, alcanzando a explicar las modificaciones en el funcionamiento neuronal a mediano y a largo plazo, en respuesta a los tratamientos antidepresivos en particular y a los psicofármacos en general.

Los receptores de membrana desempeñan un papel fundamental para la célula, ya que se encargan de detectar cómo se encuentra el medio ambiente extracelular, detectando cualquier variación en su composición y generando la posibilidad de adaptación en respuesta al mismo y, como consecuencia directa, la supervivencia celular.

A partir de la estimulación de los receptores monoaminérgicos se produce una serie de procesos intracelulares. Los receptores involucrados en la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica son receptores de la denominada superfamilia metabotrópica, donde el efecto biológico generado por su estimulación producirá modificaciones en el metabolismo celular.

Los cambios metabólicos son el resultado de una serie de activaciones (e inactivaciones) enzimáticas que tienen la particularidad de producirse en forma de «cascada o efecto dominó». El producto de esta acción generará la activación enzimática poniendo en marcha a los denominados segundos mensajeros (mensajeros intracelulares) para diferenciarlos del primer mensajero (o neurotransmisor) que atraviesa el espacio sináptico comunicando la neurona presináptica con la postsináptica.

Además de este complejo sistema de señalización intracelular, sabemos hoy que otras moléculas influyen sobre el funciona-

miento neuronal a partir de un complejo de transducción diferente, que trabaja en paralelo con el anterior e incluso por momentos de manera cruzada, y es activado por los llamados factores neurotróficos.

En la actualidad y a través de estudios de neuroimágenes cerebrales con Resonancia Magnética (RMN) y Tomografía por Emisión de Positrones (PET) se han podido establecer fuertes evidencias sobre cómo el *stress* crónico generaría una pérdida de plasticidad y daño celular directo sobre el hipocampo. El hipocampo, estructura integrante del sistema límbico al igual que la amígdala, se encuentra involucrada en el aprendizaje, la memoria y la afectividad. El complejo hipocampo-amígdala ejerce un rol sobre la actividad del eje límbico-hipotálamo-hipofiso-adrenal (L-H-H-A); mientras que el hipocampo participa inhibiendo la respuesta neuroendocrina al *stress*, la amígdala la facilita.

Estos hallazgos y otros han llevado a postular que diferentes agentes agresores ambientales (por ej., *stress*) pueden provocar daño en poblaciones específicas de neuronas y contribuir de este modo en la patofisiología de los trastornos depresivos en individuos vulnerables. La depresión mayor podría ser el resultado de la atrofia, daño o muerte celular de neuronas vulnerables en el hipocampo (neuronas piramidales CA3).

El incremento de la vulnerabilidad de estas neuronas podría deberse, al menos en parte, a la *down regulation* de los factores de crecimiento neuronal (BDNF) en respuesta al *stress*. Se sabe que BDNF es el factor más abundante, potencia el crecimiento, la arborización y supervivencia de neuronas corticales, de neuronas monoaminérgicas e incrementa la conectividad sináptica de las neuronas hipocámpales. El incremento sostenido de los glucocorticoides en los pacientes depresivos podría contribuir al daño y atrofia de las neuronas CA3 piramidales.

El tratamiento antidepresivo revertiría el daño y la atrofia de las neuronas del hipocampo al aumentar la expresión del CREB. La formación de nuevos elementos sinápticos como consecuencia del incremento de

los factores neurotróficos, secundario a su vez al aumento del CREB, sería la razón por la cual los pacientes depresivos empeoran con la depleción de monoaminas.

Conductas terapéuticas

Una vez que se realiza el diagnóstico de depresión, aunque ésta se encuentre asociada a enfermedades graves o situaciones ambientales estresantes—como desencadenantes—, no son motivo para que se produzca una inacción terapéutica sobre el estado de ánimo depresivo. Un adecuado tratamiento, contención del paciente y de su grupo familiar, permite un mejor afrontamiento de tales eventos. El tratamiento psicofarmacológico en las depresiones consideradas moderadas o graves, es una de las acciones terapéuticas que se imponen en el inicio del mismo.

La asociación del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico puede mejorar la respuesta terapéutica. La psicoterapia como único tratamiento puede aplicarse en casos de depresión leve, pero si en el término de seis semanas no existe respuesta, se debe recurrir a la medicación antidepresiva.

Cuando se considera que el estado depresivo está asociado a un alto riesgo suicida, síntomas psicóticos, paciente que no se alimenta, hace abandono de sus cuidados personales o se está en presencia de un trastorno bipolar, lo conveniente es—desde el inicio de la enfermedad— la derivación al especialista, mucho más con estas descompensaciones, o la directa indicación de internación. *La derivación al especialista debe realizarse siempre.* Ante la imposibilidad del paciente de acceder a él, el MAP debe implementar un tratamiento adecuado en el tiempo y en dosis consideradas terapéuticas.

A través del tiempo, la existencia de los fármacos antidepresivos han demostrado eficacia para lograr alivio sintomático. No obstante, en los últimos años se ha ido verificando que la recuperación funcional que proporcionan rara vez es definitiva, ya que en una gran cantidad de casos en los que

se suspende el tratamiento, existe una re-agudización de los síntomas. Avalando esta consideración, trabajos de investigación en animales de laboratorio han demostrado que los antidepresivos revierten los cambios conductuales relacionados a la depresión pero no a las alteraciones neurobiológicas subyacentes, sobre todo a lo que se relaciona con el trofismo neuronal. Es por ello que muchos especialistas en la actualidad consideran que la depresión tiene un curso de tipo crónico y que el tratamiento psicofarmacológico debe ser instituido por tiempos prolongados.

La utilización de diferentes terminologías que hacen referencia a las etapas de la evolución de la depresión y su tratamiento, al igual que otros trastornos psicopatológicos, ha motivado ir encontrando una terminología que sea más objetiva, como por ejemplo *recaída* y *recurrencia*, que en muchas ocasiones se la utiliza en forma indistinta aun en trabajos de investigación. Es por ello que se ha recomendado a través de diferentes entidades académicas, la utilización de la siguiente terminología (Frank 1991): en primer lugar es importante definir lo que se denomina *episodio*, se lo considera como la presencia de un cierto número de síntomas durante un determinado período. Se entiende por *respuesta* a algún grado de modificación favorable en el escenario clínico a consecuencia de una intervención terapéutica. La remisión es el período en que el individuo ya no cumple criterios para el trastorno, mientras que en la *remisión parcial* persisten algunos síntomas mínimos; en la *remisión total* el individuo no cumple criterios para el trastorno ni presenta síntomas mínimos. *Recuperación* alude a la remisión completa de los síntomas y que se mantiene durante cierto período; como concepto implica el final de un episodio de una enfermedad, pero no la terminación de la misma. Se diagnostica que un paciente presenta una *recaída* cuando existe una reactivación de los síntomas con la suficiente intensidad para cumplir los criterios de un episodio antes de lo que se ha definido como recuperación. La recaída es la reaparición de los síntomas dentro del mismo episodio,

pero no de un nuevo episodio. Por último se habla de *recurrencia* como el momento de la reaparición de la sintomatología, parcial o completa, luego del inicio del período de recuperación, estimando que éste ha tenido una duración de al menos 2 meses, y representa el comienzo de un nuevo episodio de la enfermedad.¹⁵

Teniendo en cuenta estos conceptos, el tratamiento de la depresión se divide en tres etapas: 1) aguda o inicial 2) de continuación y 3) de mantenimiento (APA 2000).

La *fase inicial o aguda* tiene como objetivo alcanzar la remisión y la recuperación funcional, dura entre 4 y 12 semanas, comienza con el diagnóstico y finaliza con la remisión del cuadro; en este momento se inicia la *etapa de continuación* –estimada entre 4 y 9 meses– y cuyo objetivo es prevenir la recaída. La última etapa, denominada *de mantenimiento*, es la de prevenir la aparición de un episodio depresivo nuevo o recurrencia. En pacientes con formas depresivas altamente recurrentes, la duración de este tipo de tratamiento es discutida. Por consenso, se sugiere continuar la etapa de mantenimiento de manera prolongada, por un período que abarca entre 1 a 3 años, sobre todo en aquellos pacientes con mayores riesgos de recurrencia.

Las intervenciones médicas que se vayan a realizar dependen de la fase del tratamiento en que se encuentre el paciente. En la fase aguda se debe seleccionar el antidepresivo (ATD) que a criterio del médico sea más adecuado de acuerdo a la experiencia que se tenga con el mismo, como también tener en consideración los rasgos clínicos más distintivos del trastorno depresivo; así por ejemplo, si lo que prevalece es la ansiedad y la angustia, uno puede elegir un ATD del tipo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) como la paroxetina y no es una buena elección la fluoxetina, que tiene una mayor preponderancia a incrementar la ansiedad.

Una vez que se tomó la decisión sobre el ATD que se juzgó más conveniente para el paciente, debemos indicarle cómo debe

comenzar las tomas del ATD; como regla general es conveniente iniciar con titulación baja e ir monitoreando la tolerancia y adaptación al esquema indicado, con el propósito de ir evaluando la respuesta terapéutica y la probable presencia de eventos adversos.

Luego de transcurridas las 4 a 12 semanas de la fase aguda o de inicio, y si se evalúa que no hay una respuesta satisfactoria, lo usual es indicar un cambio de esquema, con lo que se inicia una nueva fase de igual duración a la inicial. En muchas ocasiones se evalúa la potenciación de efectos anti-depresivos en las primeras semanas si el paciente no responde, con la asociación de otros ATD, que muchas veces ayudan a resolver algún síntoma prevalente como puede ser el insomnio; en estas circunstancias se puede utilizar por ejemplo mirtazapina o mianserina.

Estas primeras semanas, como lo han señalado numerosos autores, son de suma importancia para el éxito a largo plazo. Se sabe que el mayor porcentaje de abandonos se produce entre el primero y tercer mes y su consecuencia es la evolución hacia la cronicidad.

Selección del antidepresivo

Como se señaló, ésta es la decisión más importante durante esta etapa. Si bien desde hace tiempo existe el cuidado de contar con parámetros objetivos que orienten la elección del ATD en cada caso, dicha expectativa aún no ha sido satisfecha. Por ello –en general– las decisiones se basan en la experiencia personal del médico, en el perfil de efectos adversos de los diferentes ATD, su posible tolerabilidad para cada paciente, y en los antecedentes personales o familiares, de respuesta a una molécula antidepresiva particular.

Es conveniente, antes de iniciar el tratamiento, realizar una buena anamnesis y un correcto examen físico, dado que pueden

¹⁵ Vázquez G. «Tratamiento farmacológico de la depresión mayor.» En: Stagnaro J C. *Trastorno del estado de ánimo, depresión y bipolaridad*. Buenos Aires: Polemos, 2007. Cap. 14, págs 155-166

existir enfermedades orgánicas que contraindiquen la utilización de un determinado fármaco; también es importante detectar si el cuadro depresivo puede estar causado por algún trastorno orgánico. Al respecto, para los pacientes con cualquier trastorno afectivo –incluyendo el trastorno bipolar– es importante investigar el funcionamiento tiroideo. Con los pacientes que presenten antecedentes de algún trastorno cardiovascular o mayores de 40 años, es conveniente solicitar un ECG, lo cual es imprescindible si se piensa utilizar un ATD tricíclico.¹⁶

La mayoría de los autores acuerda que todos los ATD son igualmente eficaces debido a que ofrecen la misma probabilidad de recuperación en los pacientes que sufren una depresión mayor no complicada. Hay una diversidad de trabajos de investigación publicados que sugieren que los ATD de acción dual tales como velanfaxina, milnacipran o duloxetina, tendrían una eficacia mayor que los que actúan en un sólo sistema de neurotransmisión. Estas apreciaciones deben tener una confirmación empírica más sólida.

El tiempo de latencia (velocidad de acción/respuesta) de casi todos los ATD, está comprendido entre las dos y las ocho semanas; algunas evidencias sugieren que los ATD duales requieren menos tiempo para ejercer su acción.

En cuanto al perfil de eventos adversos, hay importantes diferencias entre los diversos ATD. Es así que algunos tienen cierto efecto sedativo como la paroxetina, lo cual hace que esta molécula sea apta para pacientes que presentan un marcado incremento de la ansiedad. No sucede lo mismo con la fluoxetina, que tiene un perfil más activador por lo cual, en pacientes que tienen una marcada ansiedad o que presentan ideas de suicidio, no es una molécula de primera elección.

El uso de los ATD tipo IMAO y de los tricíclicos, con el correr del tiempo –y en la práctica– han sido desplazados por los ATD ISRS. Aquellos fueron utilizados durante muchos años pero en la actualidad están desapareciendo del mercado y, hoy

día, contamos sólo con alguno de ellos: la tranilcipromina, amitriptilina, imipramina, clorimipramina o la nortriptilina; no obstante, generalmente no se los tiene en cuenta y se desconoce la sugerencia que los ATD tricíclicos son más efectivos que los ISRS en el tratamiento de los cuadros depresivos más severos. Ambos tipos de agentes antidepresivos son muy efectivos pero, las restricciones en la dieta y las interacciones adversas a nivel cardiovascular o anticolinérgicos, como también la potencial toxicidad elevada ante una sobredosis, han motivado que fueran siendo desplazados a una segunda línea de elección o como opciones para algunos casos. Los ISRS y los ATD duales tienen una mayor seguridad y en muchos aspectos mejor tolerancia.

Los ISRS son –por lo anteriormente señalado– los ATD más utilizados en la actualidad. Todos los ISRS comparten el mismo mecanismo de acción, bloqueando la bomba presináptica de recaptación de serotonina (5HT), efecto éste que es el responsable de la eficacia antidepresiva del grupo. Sin embargo, hay que tener en consideración que difieren entre sí en la cantidad de inhibición de recaptación de 5HT que producen y también en el accionar bioquímico sobre los otros sistemas de neurotransmisión.

Las interacciones farmacológicas más importantes se producen con los IMAO, pues el paciente puede hacer un síndrome serotoninérgico, y con los neurolepticos presentar acatisia (si se utilizan combinados). Es por ello que está absolutamente contraindicado la utilización de los ATD ISRS con IMAO.

Uno de los efectos colaterales más frecuentes son las disfunciones sexuales, para lo cual en la práctica no existe ningún fármaco efectivo que disminuya este efecto secundario. La disfunción va desde la disminución de la libido y la disfunción eréctil, hasta la imposibilidad para llegar al orgasmo. Siempre será conveniente interrogar al paciente dado que, muchas veces, siente pudor para referir espontáneamente aquellas situaciones. Otros efectos secundarios habituales son las alteraciones gastrointesti-

¹⁶ Jufe G S. «Antidepresivos.» En: *Psicofarmacología Práctica*. Buenos Aires: Polemos, 2001. Cap. 1, págs. 19-118

nales: diarreas, heces blandas, náuseas y en ocasiones, vómitos; estos estados motivarán la suspensión del ATD elegido.

Una característica que frecuentemente expresan los pacientes es la presencia de un aplanamiento del afecto, a veces descrito como una incapacidad para «sentir» alegrías o tristezas, e incluso de no poder llorar, sobre todo las mujeres.

Otro síntoma a tener en consideración es la acatisia que puede provocar y que muchas veces puede ser interpretada como agitación o empeoramiento de la depresión; este síntoma es considerado como uno de los indicadores de riesgo clínico para tentativas suicidas.

La fluoxetina ha sido la primera molécula introducida al mercado; luego le siguieron la sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopran y escitalopran, en ese orden. Con frecuencia se utiliza fluoxetina como primera elección cuando se ha realizado diagnóstico de depresión o en personas con sobrepeso con el propósito de disminuir la ingesta; pero aquí es importante tener en consideración que tanto la droga activa como su metabolito (norfluoxetina) poseen una vida media larga, lo cual no siempre es útil de primera elección. En gran cantidad de personas provoca un efecto rebote, por lo que podría ser necesario modificar el esquema ante la no respuesta inicial o porque no cumple estrictamente la premisa de ser un marcado anorexígeno, como se piensa y se propugna. Al tener una vida media prolongada, la ventaja potencial de esta característica es que demora más tiempo en metabolizarse que el resto de las moléculas del grupo, por lo que es menos propensa a causar el denominado síndrome de discontinuación. La paroxetina es del grupo de los ISRS el más propenso a provocar este síndrome.

Otra consideración a tener en cuenta, sobre todo en aquellos pacientes polimedicados, es la acción inhibitoria de las enzimas hepáticas citocromo P450; la *fluoxetina* es un potente inhibidor de estas enzimas, la *sertralina* produce una menor inhibición sobre el citocromo P450, por lo

que las interacciones farmacológicas son bastante menos frecuentes.

La *paroxetina* posee una vida media corta, y no posee metabolitos activos como la fluoxetina y la setralina (desmetilsertralina). Es un potente inhibidor de la recaptación de 5HT, por lo que hay que tener en consideración en paciente adultos mayores o polimedicados, en las dosis utilizadas.

El *citalopram* ha sido utilizado en Europa antes que la fluoxetina y recién en 1999 llegó al mercado de EE UU.¹⁷ Es un inhibidor más potente que la paroxetina sobre la recaptación de 5HT y se considera que no produce efecto sobre los otros sistemas de neurotransmisión.

El *escitalopran* es un ATD de última generación y, debido a que posee un excelente perfil farmacocinético y poco efecto inhibitorio sobre las enzimas hepáticas, es adecuada su utilización en pacientes adultos mayores; también, dado su efecto sedativo importante, es una molécula útil en los trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y el trastorno de pánico.

La *fluvoxamina* es eficaz en la depresión y en la ansiedad, es un potente inhibidor de la recaptación de 5HT al igual que la paroxetina y citalopran, y también lo es del citocromo P450 3A4, por lo que se constituye en una droga con desventaja por el alto grado de interacciones.

Los ATD *duales*, que poseen actividad selectiva sobre los sistemas de neurotransmisión 5HT y noradrenérgico (NA), son útiles y combinan la seguridad de los ISRS con la eficacia de los ATD tricíclicos, por lo que se podrían considerar ATD efectivos y seguros. A diferencia de los ATD tricíclicos, los duales no producen alteraciones cardiovasculares o riesgo de letalidad por sobredosis. Sin embargo, la *velanfaxina* en particular, puede incrementar la presión arterial, sobre todo cuando se llega a dosis elevadas, aunque el mismo es un efecto de tipo moderado y en especial en pacientes con hipertensión limítrofe o preexistente. También en la práctica cotidiana se visualizan efectos colaterales como sedación,

¹⁷ USA (Estados Unidos de Norteamérica)

sudoración profusa, disfunción sexual y temblores. Hay que tener en cuenta que presentan –al igual que los ISRS– síndrome de discontinuación, con la presencia de intensa angustia, mareos, vértigos, náuseas, irritabilidad, ansiedad, parestias y cefaleas, por lo que la discontinuación, sobre todo si ha sido utilizado en tiempos prolongados y no existe ninguna situación emergente, debe ser lenta y gradual.

El *milnacipran* y la *duloxetina* son de más reciente aparición y comparten los mismos beneficios que la *velanfaxina*. También se cuenta disponible otras moléculas como la *mirtazapina* quien posee una potente acción inductora del sueño y del apetito, y por su acción bloqueante sobre los receptores 5HT tipo 2, evita las disfunciones sexuales, o el *bupropion* que posee una moderada estimulación noradrenérgica y una actividad inhibitoria sobre la recaptación de dopamina, puede provocar ansiedad o insomnio, y no produce disfunción en la esfera sexual, incremento de peso ni alteraciones cardiovasculares; además de ser útil en algunos cuadros depresivos, se utiliza también en

pacientes bipolares que presentan lo que se denomina ciclados rápidos, pues se considera que tiene menos preponderancia a hacer episodios hipomaníacos o maníacos.

Desde la introducción de los ATD tricíclicos, se han tratado de definir los distintos subtipos de depresión para poder predecir la respuesta a los diferentes medicamentos. La relevancia clínica de los diferentes subtipos de depresión propuestos se ha ido consolidando en los últimos años, principalmente a partir de los resultados obtenidos por los estudios clínicos farmacológicos, aunque en algunos casos los datos suelen ser contradictorios. No obstante, algunas investigaciones aportan evidencias de la existencia de una asociación entre una pobre o baja respuesta, y/o resistencia al tratamiento a los ATD y los diferentes subtipos clínicos de los estados depresivos. Es por ello que para indicar un ATD es de suma utilidad hacer el reconocimiento del subtipo depresivo, para instituir el tratamiento psicofarmacológico adecuado con el propósito de reducir la aparición de potenciales fracasos terapéuticos.

ENFERMEDAD BIPOLAR: DESCOMPENSACIONES

Carlos Pablo Fernández Cueva

¡Que extraña obra de la Providencia es la vida del hombre! ¡Cuánto cambiamos de un momento a otro según sean las circunstancias! Hoy amamos lo que odiamos mañana; hoy buscamos lo que en el futuro rechazaremos.

Daniel Defoe, «Robinson Crusoe».

Trastorno bipolar

Características

*El Trastorno Bipolar es una enfermedad psiquiátrica severa y crónica, que provoca una morbilidad psicosocial importante para el paciente –para su vida familiar, laboral, social– como para la mayoría de los aspectos de su existencia. La enfermedad se caracteriza por una *alteración cíclica y recurrente del estado de ánimo*, entre episodios de depresión, de manía y mixtos.*

Se conoce que el índice de divorcios es más elevado en los bipolares, se calcula en más del doble que el de la población general y presenta altas tasas de prevalencia: en EE UU¹ mayores al 1% para los tipos I y II, y aún superiores cuando se toma todo el espectro del TB.

Los síntomas son por lo tanto afectivos (humor) pero también conductuales, perceptivos y cognitivos. La investigación semiológica se lleva a cabo en el terreno de la

afectividad, la psicomotricidad y el curso del pensamiento.

Es un enorme problema para los sistemas de salud, dado que la recurrencia es considerada en más del 90% de los casos. Es una entidad subdiagnosticada, Goodwing y Jamison en su texto *Manic Depressive Illnes* (1990), advierten que al menos el 30% de los pacientes no recibe tratamiento, lo que constituye el porcentaje más alto de todos los trastornos mentales.

Sin tratamiento, la enfermedad posee alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Cifras estimativas hablan de que al menos el 25% de los pacientes intentará cometer suicidio y aquellos con episodios mixtos parecen tener mayor ideación suicida que los que presentan manía pura o clásica. La mortalidad por suicidio según trabajos de varios autores indica que el índice promedio es del 19%.

Esta entidad pasó por distintas denominaciones «locura maníaco depresiva» (Kraepelin), «psicosis maníaco depresiva»,

¹ Estados Unidos de Norteamérica (USA)

«enfermedad maníaco depresiva» (Goodwin y Jamison) y «trastorno bipolar».

La estructura permanece intacta: se trata de una enfermedad crónica y episódica, con marcado predominio hereditario.

En el TB *lo central es la oscilación del estado anímico entre polos diferentes*, que puede o no, tener en algún momento del desarrollo patológico características psicóticas.

El diagnóstico de esta enfermedad es predominantemente clínico dado que –hasta la actualidad– no ha podido determinarse con certeza un «marcador de rasgo», sea mediante exámenes de laboratorio o estudios de neuroimágenes, que sea patognomónico. Es fundamental elaborar una prolija historia clínica en busca de los indicios diagnósticos, rastrear episodios hipomaníacos subsindrómicos que generalmente pasan desapercibidos, tanto para el paciente como para su entorno. La investigación y/o el seguimiento longitudinal a través del tiempo, es lo que permite la aproximación diagnóstica.

Si bien los datos epidemiológicos actuales muestran un incremento en las tasas de prevalencia demostrando mejoría en el diagnóstico del TB, las cifras también evidencian que la enfermedad sigue siendo subdiagnosticada, por lo tanto tiene absoluta vigencia el axioma: *para diagnosticar una enfermedad, debemos tener los conocimientos necesarios para pensar en ella*.

Datos de la encuesta de la NMDMA (*Nacional Depressive and Manic-Depressive Association*) del año 2000 aportan: a) 31% de pacientes entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico pasa en promedio 10 años; b) El 80% de los diagnósticos incorrectos es hecho por psiquiatras; c) el 70% recibió inicialmente diagnóstico incorrecto (con frecuencia, depresión unipolar). Por lo tanto sería importante el logro de un diagnóstico temprano y de la mayor certeza diagnóstica.

Existen factores que influyen negativamente para el diagnóstico temprano, ellos son fundamentalmente:

- El desconocimiento de la clínica del TB
- Dar excesiva importancia a los síntomas psicóticos
- No efectuar el seguimiento «longitudinal» del paciente

- La alta comorbilidad que presenta esta patología

Este último ítem merece especial énfasis, como concausa que interviene provocando tanto retardo como error diagnóstico. La comorbilidad más frecuente son los distintos trastornos de ansiedad. Autores como Susan Mc Elroy y Kessler, informan tasas cercanas al 50%. Si tenemos en cuenta que aproximadamente en el 30% de los pacientes la enfermedad comienza antes de los 18 años, es común pensar en trastorno esquizofrénico. Las dificultades aumentan cuando la comorbilidad se produce con los trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, alcohol, etc.

En resumen, el diagnóstico es dificultoso en cualquiera de sus fases, dado que podemos confundir un episodio maníaco o mixto con esquizofrenia, o un episodio depresivo con la depresión unipolar. Además el trastorno puede estar enmascarado por abuso de sustancias psicoactivas, sobre todo alcohol.

Para intentar el diagnóstico certero, debemos tener en cuenta:

- a) *Efectuar un seguimiento evolutivo*: establecer en lo posible el curso episódico y no olvidar recabar datos de historia familiar, por el carácter hereditario que presenta esta patología
- b) *Observar*:
 1. *La frecuencia de los ciclos y las recaídas* (según distintos autores, las recaídas se calculan en 50% al año y 70% a los 4 años)
 2. *Las secuencias de los mismos*: Manía/Hipomanía-Depresión-Intervalo (generalmente tratadas con litio); Depresión-Manía/Hipomanía-Intervalo (se trata con estabilizadores)
 3. *La intensidad y gravedad de cada fase*: Formas leves (ciclotimia) a graves TB-I

Un diagnóstico erróneo nos conducirá a un tratamiento no adecuado, lo que ensombrecerá el destino del paciente. Confundir el TB con algún tipo de psicosis crónica nos llevará a un posible tratamiento neuroléptico incorrecto. La confusión con depresión unipolar, puede lograr que la terapéutica antidepresiva provoque una crisis o *switch*, o viraje (cuando la persona con TB pasa de una fase anímica a la opuesta) hacia la

manía o hipomanía; o provocar aceleramiento en la aparición de los ciclos de la enfermedad, produciendo ciclado rápido: el paciente presenta cuatro o más episodios afectivos en el lapso de un año.

Clasificación del trastorno bipolar

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM IV-TR), se definen cuatro tipos de TB:

- a) *Trastorno Bipolar I*: determinado por un episodio de manía o mixto, con o sin episodios previos de depresión mayor
- b) *Trastorno Bipolar II*: presencia de un cuadro hipomaniaco, con antecedentes de episodios depresivos mayores
- c) *Trastorno ciclotímico*: donde se exige la presencia durante por lo menos dos años, de períodos de síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos leves que no cumplen criterios de depresión mayor
- d) *Trastorno Bipolar no especificado*: en general son pacientes con episodios depresivos mayores que presentan algunos rasgos de bipolaridad, síntomas hipomaniacos que duran menos de cuatro días, manías o hipomanías provocadas por fármacos, etc.

En el *TB I* lo fundamental es la presencia del episodio maniaco, ya que la sintomatología depresiva puede o no estar presente. Hay que tener en cuenta que en los cuadros maniacos agudos es común la excitación psicomotriz y la presencia de síntomas delirantes y alucinatorios, que muchas veces nos llevan a confundir el diagnóstico con esquizofrenia. El reconocimiento de las formas psicóticas del TB significó un enorme avance, dado que frecuentemente estos pacientes recibían el diagnóstico de esquizofrenia.

En el *TB II* lo importante es la presencia de uno o varios episodios depresivos recurrentes que presentan por lo menos un episodio de hipomanía. Una paciente tratada en nuestro servicio, presentaba antecedentes de cuatro episodios depresivos previos hasta que debutó con hipomanía franca. Con frecuencia estos pacientes son

diagnosticados erróneamente como depresivos unipolares. Los pacientes bipolares Tipo II suelen padecer mayor cantidad de episodios depresivos que los de tipo I y el riesgo suicida también suele ser mayor que los de tipo I.

Para efectuar el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de TB, se debe indagar sobre la existencia de un episodio maniaco o mixto para diagnosticar TB I, o si hubo un episodio de hipomanía para definir si se trata de un TB II. La importancia radica en que no se tomará la misma actitud terapéutica ante los distintos tipos de TB.

Los pacientes que padecen *ciclotimia* sufren breves ciclos de depresión y de hipomanía que no cumplen los criterios de duración, es decir, la cantidad de tiempo que están depresivos o hipomaniacos para un episodio depresivo mayor. Los ciclos pueden tener una alternancia dentro del mismo día, con cambios abruptos de una fase a otra, con labilidad afectiva, irritabilidad, produciendo un deterioro importante en los ámbitos sociofamiliares y laborales.

Respecto al *TB no especificado*, se intenta incluir una serie de cuadros clínicos no bien definidos pero que, de alguna manera, posibilitan que los pacientes que presentan depresión cíclica puedan ser considerados en el abanico bipolar, aun no presentando episodios manifiestos de hipomanía.

En los últimos veinte años, la importancia del TB ha ido creciendo apoyado por un concepto clínico más amplio denominado «espectro bipolar», que abarca cuadros que no cumplen totalmente con los criterios diagnósticos exigidos por el DSM IV-TR.

Concepto de espectro afectivo - bipolar

Si bien no es el objetivo de este capítulo, es conveniente aportar esta dimensión diagnóstica. El concepto de *espectro afectivo* intenta resumir el pensamiento actual de que los trastornos del ánimo tendrían basamento de alta carga genética hereditaria, biológica o de impactos en el desarrollo temprano muy parecidos, pero cuyos fenotipos se ma-

nifestarían como enfermedades unipolares o bipolares.

Así surge en el campo de la bipolaridad el llamado *espectro bipolar*, que es un término más amplio aplicado a los trastornos bipolares.

Tabla «El espectro bipolar» (Hagop Akiskal, 2006)

Subtipos y sus características clínicas distintivas

- BIPOLAR ½: trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, refiere al trastorno esquizoafectivo del DSM IV-TR
- BIPOLAR I: al menos un episodio de manía o mixto; remite al TB I del DSM IV-TR, es decir el episodio depresivo mayor, *generalmente con características psicóticas*.
- BIPOLAR I ½: depresiones con hipomanía prolongada: alude a pacientes con depresión alternada con episodios maníacos prolongados pero que *no presentan síntomas psicóticos*.
- BIPOLAR II: depresiones recurrentes con hipomanía: es el Bipolar II del Manual, depresión mayor con al menos un episodio de hipomanía.
- BIPOLAR II ½: depresiones con inestabilidad anímica (ciclotímicas). Comprenden aquellos casos de depresión ciclotímica, generalmente mujeres y en base a ciclos muy rápidos. La característica distintiva es la *inestabilidad afectiva* y no la hipomanía. A menudo esta categoría es diagnosticada como *trastorno límite de la personalidad*
- BIPOLAR III: hipomanía asociada a antidepresivos; incluye a pacientes con episodios hipomaniacos provocados por antidepresivos y/o distintos factores que pueden alterar el estado depresivo crónico que generalmente presentan.
- BIPOLAR III ½: cambios anímicos por abuso de sustancias y alcohol; pertenece a pacientes en los cuales *el TB está enmascarado por abuso de sustancias psicoactivas como alcohol o drogas*. Recordar que la comorbilidad con alcoholismo

se calcula en aproximadamente entre el 60-70%.

- BIPOLAR IV: depresiones sobre temperamentos hipertímicos o ciclotímicos; abarca pacientes con depresiones de presentación tardía (generalmente mayores de 50 años) sobre un temperamento hipertímico. La clínica de la depresión tendrá síntomas tales como disforia, agitación e impulsividad.
- BIPOLAR V: depresiones cíclicas recurrentes (más de cinco) con síntomas hipomaniacos, antecedentes familiares de bipolaridad y positiva respuesta a estabilizantes: engloba *depresiones recurrentes con antecedente familiar de bipolaridad* y con buena respuesta a litio y demás estabilizadores del ánimo.
- BIPOLAR VI: inestabilidad anímica y/o hipomanías en pacientes con demencia temprana; toma aquellos episodios hipomaniacos que se instalan sobre cuadros con deterioro cognitivo (p. ej., Alzheimer u otras demencias).

Evolución y pronóstico

La evolución del TB no tratado se manifiesta por episodios recurrentes con disminución del bienestar entre los mismos y tienden a agravarse a través del tiempo.

Es importante tener en cuenta que puede haber intervalos libres, interepisódicos, que pueden durar años, lo que nos permite entender la dificultad diagnóstica y la razón del sostenimiento del tratamiento prolongado como corresponde a una enfermedad crónica.

El pronóstico está directamente relacionado con el tratamiento adecuado. Como decíamos anteriormente, *el tratamiento es de por vida* pero sabemos que las enfermedades crónicas presentan un promedio de abandono de este en una cifra cercana al 50%. Por lo tanto, la continuidad del tratamiento –la adhesión al mismo– es el mejor indicador para un buen pronóstico. Para que ello ocurra, deben administrarse fármacos que en lo posible provoquen la menor cantidad de efectos secundarios y manejarlos adecuadamente; si éstos llegaran a presen-

tarse, se indicarán esquemas terapéuticos simplificando la cantidad de tomas, promoviendo la psicoeducación –para el paciente y familiares– respecto a la posible aparición de recurrencias y las previsibles alteraciones del ánimo que pueden surgir en el curso del trastorno, aun efectuando las medidas terapéuticas correctas.

Durante el transcurso de esta enfermedad, el padecimiento es generalmente enorme durante el episodio depresivo, *cuyo mayor riesgo es el suicidio*, pero los pacientes deterioran seriamente su calidad de vida durante el episodio maníaco. No es sencillo hacer que los mismos comprendan que ese estado de euforia, energía y aparente bienestar es una faceta patológica de su psiquismo.

Descompensaciones más frecuentes

Episodio maníaco

El rasgo esencial de un episodio maníaco es un período distintivo de intensa inquietud o agitación psicomotriz. En este estado, el humor es predominantemente expansivo y puede llegar a ser irritable con facilidad, acompañado por uno o más de los siguientes síntomas: disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo: sentirse con energía y descansado luego de dos o tres horas de sueño, que en casos más graves pueden ser días); desarrollar demasiadas actividades, sean laborales, intelectuales o aquellas placenteras que potencialmente pueden producir consecuencias catastróficas (en lo económico: haciendo inversiones de altísimo riesgo, gastos excesivos más allá de las posibilidades); conductas sexuales que pueden tener graves derivaciones (una paciente tuvo en una semana 43 contactos diferentes sin tomar ninguna medida de profilaxis) ya que falla la capacidad introspectiva de considerar las consecuencias de las acciones. Se puede observar la alteración del discurso (verborragia), ya que a medida que se intensifica la manía se olvidan las consideraciones formales y lógicas del habla, la cual se vuelve rápida y compleja de interpretar. A

su vez, en el discurso aparecen cuestiones estrambóticas e irrelevantes, bromas, juegos de palabras y expresiones que al principio resultan graciosas y quizás divertidas, pero a medida que el nivel de actividad psicopatológica es mayor, aumenta la susceptibilidad a cualquier estímulo exterior (distracción); las asociaciones se debilitan lo que da lugar a la fuga de ideas, a las ensaladas de palabras, neologismos, con un hablar acelerado que muchas veces resulta incomprensible.

Generalmente nos encontramos con un sujeto con elevada autoestima, que se siente dispuesto a realizar cualquier tarea, pudiendo presentar proyectos grandiosos y fantásticos (un paciente afirmaba haber descubierto errores en la teoría de Einstein y tener la ecuación para controlar ganancias en la Bolsa).

El humor puede ser eufórico y muchas veces contagioso. Las personas de su entorno reconocen generalmente que éste es característico del paciente cuando está excitado.

Alternativamente, el humor puede ser irritable, sobre todo cuando se obstaculizan sus actividades. El paciente que padece episodios maníacos recurrentes muestra un cambio del humor predominantemente eufórico al comienzo de la enfermedad para luego pasar a un estado de irritabilidad posterior.

Además, pueden presentarse alucinaciones de cualquier tipo (las más comunes son las auditivas), ideas de referencia (sentirse observado o vigilado, que desde la radio o el televisor hablan de él, etc.) y delirios manifiestos, sobre todo de grandeza.

Episodio hipomaníaco

La Hipomanía es el síndrome central del espectro bipolar (Akiskal, *La Hipomanía y las Taxonomías*, 2002).

Signos y síntomas de un episodio hipomaníaco (Akiskal, Khan, Scott-Strauss, 1979):

- Alegría y jocosidad
- Sociabilidad
- Aumento de la conducta sexual
- Confianza y optimismo
- Desinhibición y actitudes descuidadas

- Reducción de la necesidad de dormir
- Eutonía y vitalidad
- Compromiso en nuevos proyectos.

Aunque la conducta está exaltada (humor, confianza, optimismo), el juicio se conserva comparado con la manía, pero pueden aparecer conductas disfuncionales y suicidas.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, es de suma importancia remarcar las diferencias clínicas entre la manía y la hipomanía ya que ambas comparten criterios, pero los síntomas del episodio hipomaníaco –fundamentalmente– no tendrían la profundidad necesaria como para producir una alteración en las áreas sociales, familiares y laborales del paciente, o presentar la indicación de internación. Otra distinción es la no presentación de síntomas psicóticos. En el episodio hipomaníaco existe un cambio inequívoco en relación a cuando el sujeto está *normal*, y esa diferencia es percibida por los demás. Éste es un síndrome difícil de detectar, sobre todo si no asistimos a la descompensación. Los pacientes desvalorizan, minimizan o desconocen la cualidad patológica de este estado, pero sus allegados perciben la alteración.

Orientación psicoterapéutica para la entrevista en atención primaria

Como se dijo anteriormente, al comienzo de la entrevista las personas en crisis hipomaníacas o maníacas, pueden parecer divertidos y ocurrentes, pero esta situación muchas veces se modifica de un momento a otro y pasan a transformarse en molestos, con manifestaciones de agresividad e irritabilidad. La conducta es sumamente variable e impredecible, y pueden presentar características no exentas de violencia. Como los maníacos se distraen con facilidad, es necesario que la entrevista se efectúe en un ambiente tranquilo, privado, seguro, con el espacio suficiente para mantener una adecuada distancia interpersonal y que no existan objetos que puedan resultar peligrosos.

El médico debe contar con la posibilidad de ayuda del equipo terapéutico en caso de ser necesario cierto grado de contención. Esto le brindará tranquilidad tanto al terapeuta como al paciente, ya que muchas veces, síntomas comunes en la inquietud psicomotriz como ansiedad, miedo, ideas de contenido persecutorio, se pueden agravar por actitudes temerosas o aprensivas del entrevistador. También debe demostrar una actitud cálida, respetuosa y firme a la vez, voluntad de prestarle ayuda e incluso manifestarlo verbalmente.

Debemos destacar que una serie de manifestaciones de la esfera orgánica pueden acompañar a la fase maníaca: sequedad de boca, aumento del apetito, bulimia, amenorrea, adelgazamiento, sudoración, taquicardia, hipertermia, etc. Es fundamental establecer rápidamente los límites con estos pacientes, manteniendo el control de la situación: ello evitará incidentes.

En la entrevista, el médico debe obtener datos clínicos que le permitan una orientación diagnóstica, con los que podrá determinar acciones o medidas complementarias: medicación, acompañamiento terapéutico, internación clínica o psiquiátrica, etc.

Evaluación y diagnóstico

Control de signos vitales: los síntomas pueden tener distintos orígenes etiológicos. La excitación puede ser causada por cuadros de abstinencia por alcohol o sustancias psicoactivas. Se debe investigar la posible ingesta tóxica de fármacos (corticosteroides, anti-parkinsonianos, neurolépticos, entre otros que puedan ser causantes de excitación psicomotriz).

Solicitar exámenes de laboratorio: hemograma, monograma, glucemia, calcemia; evaluar función tiroidea (T4 libre y TSH), toxicología en orina, bioquímica de rutina y pruebas de función hepática y renal. Efectuar ECG.

Historia clínica lo más completa posible, centralizada en la investigación de episodios previos de manía y depresión, para detectar si se trata de un trastorno bipolar.

Examen físico completo y detallado apenas el paciente pueda colaborar con el mismo.

En aquellos casos en que estas evaluaciones no fuesen posibles, recurrir a familiares o acompañantes, que permitan recolectar la mayor cantidad de elementos que contribuyan al diagnóstico.

Es fundamental evaluar las características de los síntomas para poder determinar los riesgos que éstos significan para la persona o para terceros, como por ejemplo alucinaciones auditivas que alteren la conducta del paciente, que le den órdenes incontrolables de cometer actos peligrosos.

Tratamiento psicofarmacológico de la manía aguda

En la actualidad, para el tratamiento de la manía aguda disponemos de fármacos con distintos mecanismos de acción: litio, anti-recurrenciales o anticonvulsivantes, benzodiazepinas, antipsicóticos (neurolepticos, también denominados típicos) y los atípicos. Los antipsicóticos *típicos* –como el haloperidol– se han utilizado durante largo tiempo, tanto para el episodio agudo como para el mantenimiento, pero producen efectos secundarios que pueden revestir gravedad, tales como síntomas extrapiramidales y discinesias tardías. Con el desarrollo de nuevas moléculas antipsicóticas, denominadas *atípicas*, se redujeron notablemente los efectos indeseables que aquéllos presentaban.

La utilización de estabilizadores del ánimo como el *litio* y el *divalproato* se recomienda en todas las fases del tratamiento; tanto uno como el otro son de primera elección ya sea en el tratamiento agudo como en la profilaxis o prevención de la manía, y pueden utilizarse en monoterapia o en forma combinada de ser necesario, pero, para el manejo que puede disponer el médico generalista no resulta de utilidad, dada la latencia que necesitan estos fármacos desde su administración hasta lograr los efectos buscados. Puede existir además, algún tipo de contraindicación como por ejemplo para el litio: embarazo, lactancia, insuficiencia renal o

cardíaca, tratamiento con diuréticos, hiponatremia, dieta hiposódica; para el divalproato: daño hepático, embarazo (durante el primer trimestre puede originar en el feto malformaciones del tubo neural), lactancia; se puede recurrir a otros estabilizadores, como *carbamazepina* u *oxcarbamazepina*.

Administración de litio

La dosis usual de litio en adultos en la fase maníaca aguda es de 600 mg, 3 veces al día por vía oral. La dosis de mantenimiento es de 300 mg, 3 a 4 veces por día. Se debe alcanzar un nivel plasmático –considerado terapéutico– de 0,8 a 1,4 meq/l.

- Niveles en adultos entre 1,6 a 2 meq/l, se consideran tóxicos leves
- Niveles mayores de 2,5 meq/l, tóxicos graves, y pueden producir desde cuadros confusionales hasta convulsiones y coma
- En adultos mayores estos valores deben mantenerse a la mitad, controlando posibles efectos secundarios

Deberán tenerse en cuenta las interacciones con haloperidol (riesgo de encefalopatía), indometacina, tetraciclinas (nefrotoxicidad), metronidazol (intoxicación hiperlitémica).

Si bien el médico general difícilmente llegue a utilizar esta molécula, es necesario saber que si el paciente está en tratamiento con litio –y salvo que se presuma toxicidad provocada por éste– NO DEBE DISCONTINUARSE y menos aún en forma abrupta: existen evidencias que la disminución brusca de la dosis de litio está asociada con un alto porcentaje de *recurrencia e incremento del riesgo suicida*.

Administración de divalproato

En caso de manía aguda, se puede utilizar una dosis de carga de 20 mg/kg/día y a las 12 horas se comienza con administración en dos tomas de 10 mg/kg/día.

Es necesario recordar las siguientes interacciones con:

- *Fenobarbital*: aumenta la concentración plasmática del divalproato

- *Difenilhidantoina*: el valproato bloquea su metabolismo
- *Antidepresivos imipramínicos*: disminuye umbral convulsivo
- *Carbamazepina*: disminuye la concentración del divalproato, e inversamente, el valproato aumenta la concentración plasmática de la carbamazepina que –algunas veces– llega a niveles tóxicos
- *Lamotrigina*: aumenta el riesgo de alteraciones cutáneas

Qué debe tener en cuenta el médico generalista

Luego de descartar la posible ingesta de fármacos, alcohol o sustancias psicoactivas, es conveniente el tratamiento inicial con *benzodiazepinas* (lorazepam 1 ó 2 mg, sublingual). El *lorazepam* se puede administrar por vía intramuscular, ya que posee una eficaz y rápida absorción. La dosis inicial es de 1 ó 2 mg, la cual puede repetirse a los 30-60 minutos hasta lograr el control de los síntomas. Reiterar la dosis hasta que se controle la agitación.

El *clonazepam*, al igual que el *lorazepam*, se considera de primera línea en cuadros de excitación maníaca, reduce la logorrea y posee efecto sedante; es útil para controlar la excitación psicomotriz, especialmente en adultos mayores que puedan presentar además, algún síndrome cerebral orgánico. Debe vigilarse la posible aparición de signos de intoxicación benzodiazepínica (ataxia, disartria, nistagmus) y en caso de que la agitación aumente, retirar las BZD inmediatamente.

Dado que la comorbilidad con abuso de sustancias es elevado, estos pacientes pueden ser altamente resistentes a las BZD o necesitar dosis muy altas. En esta instancia, puede utilizarse *olanzapina* 10 mg cada 12 horas, vía oral. Existe también la *olanzapina* inyectable, pero no es aconsejable que esta forma de administración sea manejada en la guardia. Es común en los servicios de urgencia la administración de medicación neuroleptica incisiva como el *haloperidol*, pero solamente cuando la profusión de sintomatología psicótica productiva delirante o alucinatoria, es predominante. Si el paciente colabora y la

agitación no es intensa, puede intentarse la vía oral, pero si ello no fuera posible, habrán de administrarse 5 mg por vía intramuscular, obteniéndose buena respuesta con dosis entre 5-10 mg. Resultará conveniente esperar 2 horas para intentar la vía oral o inyectar nuevamente.

Cuando se detecte riesgo para el paciente o para terceros, corresponde la indicación de internación.

Depresión bipolar

Comúnmente se define a la *Depresión Bipolar* como un episodio depresivo mayor que ocurre en el curso de la Enfermedad Bipolar. Sin embargo, es harto conocido que a veces pasan años hasta que se diagnostique EB y –frecuentemente– la Depresión Bipolar es confundida con otros cuadros clínicos: Depresión Unipolar, Trastorno Límite de la Personalidad, Episodio Mixto, Esquizofrenia. Estos errores llevan a consecuencias perjudiciales –a veces devastadoras– por la mala utilización de los recursos terapéuticos, por ejemplo: la indicación de antidepresivos en monoterapia que pueden desencadenar un episodio hipomaníaco o maníaco; la utilización de neurolepticos típicos, con el riesgo de producir síntomas extrapiramidales o discinesia tardía; el tratamiento psicoterapéutico solamente, sin tener en cuenta la base orgánica y de alto predominio hereditario de esta enfermedad. Todo ello puede empeorar el estado y la evolución de la misma.

Los episodios hipomaníacos, maníacos y mixtos del TB, son más floridos y dramáticos, y provocan gran alteración en el entorno familiar y social del paciente, llegando incluso a detentar distintos grados de peligrosidad; sin embargo, los episodios depresivos provocan mayor sufrimiento y afectan profundamente el desempeño funcional.

Diversos autores (Judd, Kupfer) en importantes estudios con seguimiento de hasta 20 años, informan que en más del 60% la polaridad del primer episodio fue depresiva, y que este desencadenamiento del trastorno ocurría antes de los 20 años de edad, tanto para el TB tipo I, como para el tipo

II. Judd, tomando en cuenta el curso de la EBP, muestra que a lo largo de 15 años de seguimiento, el porcentaje de semanas que un paciente pasaba sintomático era de alrededor del 50%. Pero lo más interesante es que, de este porcentaje, el 30% estaba constituido por semanas pasadas en estado depresivo y esta cifra era aún mayor tratándose del TB-I. Estos datos tomados en conjunto nos indican que la *Depresión Bipolar es la forma más habitual de comienzo de la EBP*, que el inicio suele ser juvenil y que la *DB transcurre la mayor parte del tiempo que el paciente está sintomático*.

Por lo antedicho, que los síntomas depresivos son los que provocan mayor alteración en la calidad de vida de estas personas, se puede apreciar la importancia del diagnóstico certero de la DB y aportar los recursos terapéuticos específicos.

Es importante además, tener en cuenta que no siempre se consigue una total recuperación, siendo sumamente comunes las recurrencias episódicas y –en los llamados *periodos libres interepisódicos*– es habitual la persistencia de cierta labilidad emocional, lo que puede interpretarse como síntoma perteneciente al espectro depresivo.

Diagnóstico diferencial

Con depresión unipolar (DU)

Es importante establecer el diagnóstico diferencial ya que en la DU está indicado el uso de antidepresivos y no se aconseja su utilización como monoterapia en la DB.

Tres consideraciones diagnósticas son útiles para ayudar a distinguirlas:

- a) *Los antecedentes hereditarios*. Esto no es sencillo, se debe indagar sobre parientes consanguíneos con historia de «carácter violento», «excéntricos», con características de «inestabilidad afectiva (parejas), como laboral y social», considerados «loquitos» por su entorno social.
- b) *Los antecedentes del episodio actual*. Por supuesto, la presencia de manía, hipomanía o episodio mixto, marcan la presencia de TB; pero algunas veces aparecen dificultades, sobre todo en hipomanía, calificada generalmente por el paciente como

un período de bienestar, felicidad y productivo, y por lo tanto no interpretado –por él– como una fase patológica o, en el caso de un episodio mixto, que pueda ser entendido como un episodio depresivo anterior con rasgos de ansiedad. Dentro de los antecedentes personales, el comienzo antes de los 20 años, sobre todo si se presenta con síntomas psicóticos y/o con comienzo súbito, nos hace pensar en una evolución bipolar.

c) *La clínica del episodio actual*. La presencia de hipersomnia, hiperfagia, la mala respuesta a los antidepresivos, pueden hacernos pensar en TB.

Con el trastorno límite de la personalidad

Éste continúa siendo un tema de discusión y controversia, ya que algunos autores sostienen que se trata de la misma patología y otros afirman que son trastornos distintos. Ambos presentan alteración del ánimo con tendencia al descontrol y labilidad, dificultad para las relaciones interpersonales, pero, en el trastorno límite de la personalidad (TLP) encontramos un desorden continuo de la personalidad con grave afectación en sus relaciones, sobre todo las afectivas. Además, a las oscilaciones del humor producto de las alternancias del ánimo, deben sumárseles las producidas por la alta conflictividad en sus relaciones sociales.

Con el episodio mixto

El Episodio Mixto del TB es un síndrome de alta complejidad clínica, que presenta serias dificultades para el diagnóstico y de pronóstico más incierto que las formas clásicas de presentación. Algunos autores consideran que entre un 30% a 40% de los Episodios Maníacos son en realidad Episodios Mixtos.

En lo concerniente a las características clínico evolutivas, se debe mencionar que el Episodio Mixto reúne los aspectos más severos del Episodio Depresivo Mayor y del Episodio Maníaco. Las crisis son más prolongadas, con manifestaciones psicóticas (frecuentemente delirio depresivo), con elevado riesgo suicida y asociadas a eleva-

da comorbilidad con abuso de sustancias. El diagnóstico diferencial con los estados de agitación depresiva puede ser muy difícil, pero generalmente la hiperactividad dirigida a objetivos está presente en la Manía y en el Episodio Mixto, pero no en el Episodio Depresivo Mayor.

El criterio vigente para identificar a un Episodio Mixto de acuerdo a los manuales diagnósticos CIE 10 y DSM IV, exige que la persona presente –durante un Episodio Maníaco– al menos cinco síntomas depresivos (uno de ellos debe ser pérdida de placer o interés, o humor triste); además los síntomas deben persistir no menos de siete días.

Algunos autores en revisiones recientes (Akiskal) sugieren que para identificar un Episodio Mixto es suficiente con la presencia de sólo dos síntomas depresivos.

Respecto al tratamiento psicofarmacológico del Episodio Mixto, los fármacos que gozan de aprobación científica son aquellos basados en la evidencia. Tal es el caso del *divalproato*, que en numerosos estudios mostró respuestas antimaniacas y para manifestaciones depresivas: por ello es que se lo considera actualmente como opción de primera línea.

Los antipsicóticos de depósito, en pacientes con escasa *compliance*² (adherencia) al tratamiento, han demostrado ser de utilidad en los Episodios Mixtos por su efecto antimaniaco.

En lo que respecta a antipsicóticos atípicos, la *olanzapina* aprobada por la FDA³ para el tratamiento de la Manía Aguda, ha mostrado en numerosos estudios mejoría en la sintomatología depresiva como así también sobre manifestaciones maniacas.

Con la esquizofrenia

Frecuentemente el TB comienza en la adolescencia, edad en que también lo hace la esquizofrenia. Akiskal apunta los factores clínicos que pueden confundir una patología con otra: tomar la anhedonia (incapacidad de sentir placer o bienestar) por

aplanamiento afectivo esquizofrénico; interpretar la incompleta recuperación sintomática como esquizofrenia; calificar como esquizofrenia toda expresión sintomática paranoide y/o alucinatoria; confundir fuga de ideas con las alteraciones formales del pensamiento.

Según un estudio multicéntrico realizado en el país⁴, el diagnóstico de esquizofrenia lo recibió el 36% de los pacientes bipolares en algún momento del tratamiento antes del diagnóstico correcto de TB.

Si al diagnóstico errado de Esquizofrenia se le suman los de Paranoia (6%) y Psicosis (9%) –diagnósticos que también implican tratamientos prolongados con antipsicóticos–, la cifra trepa al 51%.

Esto se debe a que durante años prevaleció la idea de que la presencia de síntomas psicóticos en los TB eran una rareza clínica y que éstos eran patognomónicos de la Esquizofrenia.

Se conocen estudios recientes (no publicados aún y por ello extraoficiales) que indican que el 83% de los pacientes reportó un promedio de 3 de los síntomas psicóticos de primer orden.

Tratamiento farmacológico de la depresión bipolar

Según los consensos internacionales actuales, la primera indicación es la prescripción de un *estabilizador del ánimo*, ya que algunos de ellos –el *litio* o la *lamotrigina*– demostraron tener propiedad antidepresiva, sea que se los utilice en monoterapia o combinados y, si además fuese necesario agregar alguna molécula antidepresiva, existe una posibilidad menor de provocar manía o hipomanía. Algunos trabajos muestran que también la *carbamazepina* tiene cierta actividad antidepresiva.

Estudios actuales demostraron la eficacia antidepresiva de la *olanzapina*, tanto en monoterapia como combinada con *fluoxetina*, sin producir viraje del estado de ánimo

² Compliance: conformidad (con algo); docilidad. Oxford Dictionary, Oxford University Press, 1996

³ Food and Drug Administration, USA

⁴ García Bonetto *et al.*, República Argentina

y con la capacidad de sostener dicha acción en el tiempo.

Por supuesto, el litio es el que más evidencia acumula dada su antigüedad. Una revisión de estudios (Keck P. Mc Elroy) da a conocer que presenta alguna eficacia antidepressiva en el 79% de los casos, pero sólo en el 36% la remisión ha sido completa.

Calabrese mostró la eficacia de la *lamotrigina* en la reducción de los síntomas antidepressivos, al ser comparada en dosis entre 50 a 200 mg/día contra placebo. En este estudio con pacientes EB-I y EB-II, se evidenció que la dosis de 200 mg era más eficaz que la de 50 mg.

Si la administración de *litio* y/o *lamotrigina* no fuera suficiente para la recuperación, la alternativa puede ser el agregado de antidepressivos, teniendo la precaución de controlar el eventual viraje a la manía, la hipomanía, producir un cuadro mixto o aumentar el ciclado. Algunos AD como el *bupropión* y la *paroxetina*, son aconsejables para el tratamiento de la DB por su menor potencialidad en producir los efectos perniciosos antedichos; en cambio los tricíclicos tienen una mayor posibilidad de provocarlos.

El tratamiento de la Depresión Bipolar continúa siendo en la actualidad un tema que genera discusiones y controversias, es por ello que *existen algoritmos de tratamiento* para la depresión bipolar. Uno de ellos es la *Practice Guideline for the treatment Patients with Bipolar Disorder de la American Psychiatric Association*, publicado en el *American Journal of Psychiatry* (suplemento) en el mes de abril del año 2002.

Reiteramos que, cuando a la Guardia asiste un paciente que presenta un cuadro de profunda intensidad depresiva, con ideación suicida o que ha intentado cometer tal acto, o que pueda presentar síntomas de desasosiego y agitación, el médico general deberá tener en cuenta que las sugerencias anteriormente citadas son absolutamente válidas: contener al paciente y a su familia, manejo adecuado de la ansiólisis y, si fuere necesario, sedación, recomendación de internación especializada e indicar intervención en crisis.

Si el paciente está en tratamiento psicofarmacológico –con *litio*, por ejemplo–

cabe recordar que no se lo debe retirar en forma abrupta; si se presume intoxicación, hacerlo gradualmente.

Conclusiones

- El Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica, cíclica, fásica, episódica y con frecuentes remisiones y recaídas
- El diagnóstico es dificultoso, incluso para especialistas
- El pico de comienzo de este trastorno se ubica entre los 15 a 30 años de edad
- Las hospitalizaciones son frecuentes. Existen problemas conyugales repetidos que conducen a la promiscuidad, alto índice de divorcios, etc.
- Se producen cambios o pérdidas de trabajo que producen desastres financieros
- Alta comorbilidad, asociada al abuso de sustancias y alcohol
- La falta de adherencia al tratamiento alcanza el 50%
- Mortalidad cardiovascular aumentada
- Alta tasa de suicidios (mayor aún dentro de los 10 años de comienzo de la enfermedad)

Hay que tener presente que el enfermo bipolar, cualquiera sea su condición diagnóstica, en algún momento *puede padecer descompensaciones* que lo lleven a consultar (voluntariamente o acompañado por personas de su entorno) a la guardia o servicio de urgencia, presentando un cuadro maníaco o hipomaníaco, o una profunda condición depresiva con marcada ideación suicida, o luego de haber intentado el acto.

La actitud del profesional consultado es fundamental en ese momento, ya que una buena contención y la implementación de las medidas terapéuticas correctas, tanto para el paciente como para la familia, repercutirá favorablemente en el futuro del paciente.

Se deberá ser cauto al implementar una medida terapéutica, mantener una actitud firme pero respetuosa; no es tarea sencilla convencer al paciente con síntomas maníacos que debe internarse para su tratamiento. Tampoco es simple el diagnóstico de esta patología, dada la altísima comorbilidad que ésta presenta.

Al tratarse de una enfermedad física, polimorfa, que coexiste en alta frecuencia con consumo de sustancias y alcohol, aumenta la complejidad para implementar el tratamiento, el que debe adecuarse a cada instancia que nos toca enfrentar.

La meta del tratamiento es dar una respuesta adecuada a ambas fases de la enfermedad (MANÍA Y DEPRESIÓN), prevenir la recurrencia y mejorar la calidad de vida entre los episodios.

Bibliografía

- Akiskal HS; Cetskovich-Bakmas MG; García Bonetto G; Strejilevich SA; Vázquez GH. *Trastornos Bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2007.
- Akiskal HS. «Actualización en Trastornos Bipolares.» Conferencias dictadas en Buenos Aires. En: *Vertex, Rev. Arg Psiquiatría* 2000 Dic;(XII Sup Especial).
- Akiskal HS & G H Vázquez. «Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro.» En: *Vertex Rev Arg Psiquiatría* (XVII)2006;69:340-343.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*, 4/E (Text Revision). VA: American Psychiatric Publishing, 2000.
- American Psychiatric Association. «Practice Guideline for the Treatment Patients with Bipolar Disorder (revision).» En: *Am J Psychiatry* 2002(suppl).
- Baldessarini RJ; Tondo L; Floris G; Rudas N. «Reduced morbidity after gradually discontinuing lithium in bipolar I and II disorders: a replication study.» En: *Am J Psychiatry* 1997 Apr;154:551-153.
- Calabrese JR; Bowden CL; Sachs GS. «A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression.» En: *J Clin Psychiatry* 1999 Feb;60(2):79-88.
- García Bonetto G. «Trastorno Bipolar». En: Marchant N y A Monchablon-Espinoza, *Tratado de Psiquiatría AAP*. Buenos Aires: Grupo Guía, 2005. Págs. 481-87
- Goodwin FK y KR Jamison. *Manic-Depressive Illness*. 1/E. Nueva York: Oxford University, 1990. Págs. 139-141.
- Judd LL, Akiskal HS (2003) «The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account-subthreshold cases.» En: *J Affect Disord* 2003 Jan;73(1-2):123-31.
- Kaplan HI y BJ Sadock. *Tratado de Psiquiatría* 6/E. Buenos Aires: Intermédica, 1997. Págs. 1937; 2032-33.
- Keck PE y SL McElroy. «New Approaches in Managing Bipolar Depression.» En: *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl 1):13-18.
- Lupo C. «Manía Aguda. Características Clínicas y Tratamiento Farmacológico.» III Jornadas del Capítulo de Psicofarmacología de APSA. Actualización en Trastorno Bipolar. En: *Vertex Rev Arg Psiquiatría* 2003; Supl Esp, 1º Semestre (XIV).
- Moizeszowicz J. *Psicofarmacología Psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Buenos Aires: Paidós, 1998. Págs. 740-742.
- Strejilevich S, García Bonetto G et al. *Problemas actuales respecto del diagnóstico y tratamiento del Trastorno Bipolar en nuestro medio: experiencia y opinión de*

- los usuarios*. Buenos Aires: Prensa Médica Argentina, 1999.
- Tohen M y C Zárata. «Bipolar Disorder and Comorbid Substance Use Disorder». En: Goldberg JF & Harrow M: *Bipolar Disorders: Clinical course and Outcome*. VA: American Psychiatry Publishing, 1999. Págs. 171-183.
- Tondo L; Jamison KR; Baldessarini RJ. «Effect of lithium maintenance on suicidal behavioral in major mood disorders.» En: *Ann NY Acad Sci* 1997;836:339-351.
- Vázquez G H. *Trastorno del estado de ánimo. Depresión y bipolaridad*. Buenos Aires: Polemos, 2007. págs. 39-44.
- Vázquez GH; Strejilevich S; *et al.* «Consenso Argentino - Tratamiento de los Trastornos Bipolares.» En: *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2005;(XVI):3-24.
- Vieta E; Corbella B; Comes M. «Ventajas e inconvenientes de los antidepresivos.» En: Vieta E: *Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2003. págs. 40-45.

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS: SUS COMPLICACIONES

Juan Miguel Acosta

... ¡con tu nave sea el mar menos severo!

Adolfo Bioy Casares, «De Jardines Ajenos».
Traducción ad impromptu del epigrama 350 del libro VII de la Antología Griega.

Existen trastornos de base orgánica que pueden requerir asistencia urgente, ellos son: las *psicosis agudas de etiología orgánica*, el *delirium*, la *catatonía*, el *síndrome neuro-léptico maligno* y el *síndrome serotoninérgico*. Otras enfermedades psiquiátricas de base orgánica tales como la *demencia*, serán tratadas en el desarrollo de este texto.

Comenzaremos con uno de los trastornos más frecuentes que es el *delirium*, antes denominado *delirio agudo confuso onírico*¹. Se trata de una alteración global, aguda, del funcionamiento cerebral donde se encuentran perturbadas, básicamente, la atención y la cognición.

Reiteramos que es el síndrome mental más común en un hospital general. Su diagnóstico es clínico, basado en la observación cuidadosa junto a la cama del paciente. Es de curso fluctuante, con frecuencia no detectado y, de serlo, existe desinterés en sus consecuencias.

Su *etiología* es de índole multifactorial, en su génesis se articulan factores predis-

ponentes como: la edad del paciente (niño, anciano); el estado cognitivo (demencia); múltiples prescripciones farmacológicas; factores precipitantes tales como enfermedades médicas, neurológicas, cirugías, etc. Cuanto mayor sea el terreno predisponente, más simple será la noxa que lo ocasiona (como ocurre cuando un anciano polimedica agrega algún psicofármaco).

En cuanto a su *fisiopatología*, se produce una alteración de las funciones corticales superiores. Diversas regiones del encefalo se encuentran afectadas pero parece ser la formación reticular ascendente del tronco encefálico el área de mayor significación en su génesis. Es en la *formación reticular ascendente* donde se regulan la atención y las respuestas del individuo a los estímulos. A nivel de la neurotransmisión se han presupuesto dos modelos de *delirium*: en uno predomina el déficit de acetilcolina y en el otro la hiperadrenérgica. El primero se correspondería con los cuadros hipoactivos y los segundos,

¹ Ey, H y P Bernard, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1994

con los hiperactivos². La hipótesis de una transmisión colinérgica defectuosa se halla favorecida por el hecho de que fármacos como la *fisostigmina* y anticolinesterásicos atenúan los síntomas cognitivos³. Otro neurotransmisor implicado es la *dopamina*; su participación tiene que ver con el control que ésta ejerce sobre la acetilcolina y el hecho de que los fármacos que actúan como bloqueadores dopaminérgicos –neurolépticos–, son de utilidad en el tratamiento sintomático del *delirium*.

La inflamación y el estrés crónico mediados por las citoquinas, alteran la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. El hipercortisolismo crónico lesiona la región del hipocampo, área fundamental en los procesos de memoria y en otros trastornos mentales.⁴

En relación al cuadro *clínico*, se presenta de forma aguda, desarrollando su sintomatología de manera inmediata o dentro los primeros días. Es de *curso fluctuante*, alternando períodos asintomáticos con otros en los cuales el síndrome se manifiesta en plenitud. El signo más conspicuo es el *defecto en la atención*; en casos leves, puede ser el único hallazgo y siempre es el primero en manifestarse. El *pensamiento* se encuentra *desorganizado, incoherente*, con contenidos que pueden ser delirantes, de índole persecutoria y amenazadora. La *conciencia* se encuentra nublada, *turbia* y el enfermo navega entre el sueño y la vigilia.

En este contexto, emergen *las perturbaciones en la sensopercepción*. Estas van desde *errores e ilusiones*⁵ hasta *fenómenos alucinatorios vívidos*, aterradoros, que eclosionan como en una pesadilla⁶ sin que el paciente llegue a comprender la naturaleza de los mismos. En el *delirium hiperactivo*, el enfermo puede encontrarse *ligeramente inquieto* o llegar a un estado de *agitación plena* y así, preso del delirio y las alucinaciones, lucha por protegerse de las situaciones terroríficas que lo acosan: en tales circunstancias puede llegar a autoinfligirse o lastimar a otros. Consecuentemente, no comprende su situación, intenta arrancarse tubuladuras, sondas, sensores o levantarse de la cama. El *ciclo de sueño-vigilia se encuentra alterado*; por lo general duerme de día y por la noche retoma la sintomatología referida. El mundo y su humor son cambiantes. Desafío y control permanente para el médico que lo está tratando.

Práctico y clínicamente útil, el *Mini Examen del Estado Mental*⁷ es un recurso que puede aplicarse durante la exploración del paciente; sería interesante además que fuera una práctica cotidiana de los médicos clínicos para comprobar los cambios en el estado cognitivo de una persona.

El *tratamiento* a aplicar será el que corresponda a la enfermedad de base que lo produjo. En ocasiones es necesario brindar tratamiento sintomático para evitar que el

² Para algunos autores los cuadros hipoactivos serían síndromes confusionales y los hiperactivos, *delirium* propiamente dicho. De estos últimos, el paradigma sería el *delirium tremens* y se caracterizan, entre otras cosas, por su posibilidad de producir convulsiones. Adams, R; Victor, M; Ropper, A. *Principios de Neurología*. Capítulo 20: «Delirio y Otros Estados Confusionales.» Santiago: Mc Graw-Hill Interamericana, 1999

³ La fisostigmina mejora los síntomas cognitivos en enfermos intoxicados con anticolinérgicos; los anticolinesterásicos mejoran el estatus cognitivo en otros tipos de *delirium* y no exclusivamente en intoxicaciones con anticolinérgicos. Inouye SK. «Delirium in Older Persons.» En: *N Engl J Med* 2006;354:1157-65

⁴ Inouye S K. «Delirium in Older Persons.» En: *N Engl J Med* 2006;354:1157-65.

⁵ «La ilusión es el error más simple y común, a tal punto que con frecuencia carece en sí misma de significación patológica. La ilusión consiste en la percepción deformada de un objeto presente y real.» Pereyra C R. *Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*. Buenos Aires: Salerno, 1991

⁶ Estas características «oníricas» del *delirium* son típicas. Efectivamente, el paciente comienza con sueños intranquilos y pesadillas, previos a la eclosión plena del cuadro de confusión y que han permitido acuñar el término «onirismo».

⁷ El Mini Examen del Estado Mental, desarrollado por Folstein, M F, Folstein, S y Mc Hugh, P R, es un test de criba que puede aplicarse durante el examen clínico del paciente. Es también una prueba práctica para determinar los posibles cambios del estado cognoscitivo del enfermo. A partir de una puntuación total de 30 puntos, una marca de 25 sugiere deterioro y con menos de 20 puntos queda claro que lo hay. Kaplan H I; Sadock B J. *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana, 2001.

paciente se dañe y pueda recibir la asistencia que requiere. En tal sentido, se deberá ser cauto para no agregar un factor más que obstruya la evolución del paciente.

De manera inicial, son de utilidad ciertos procedimientos no farmacológicos, como orientar al enfermo en tiempo y espacio, con almanaques, relojes visibles, permitir que penetre en el cuarto la luz del día, que tenga compañía que lo contenga, sin fatigarlo en demasía. En caso de utilizar restricciones físicas para impedir que se incorpore o se arranque las vías parenterales, aquellas deben ser prudentes para que no lastimen al paciente. Concomitantemente, es fundamental una explicación tranquilizadora a la familia «del porqué» de la aplicación de estas intervenciones.

De ser necesario utilizar psicofármacos, el *haloperidol* es probablemente el de más comprobada efectividad. En bajas dosis –0,5 mg dos veces al día– puede ser suficiente para atenuar el cuadro sintomático sin producir un excesivo efecto de sobredosificación, particularmente en los ancianos. No resulta aconsejable prescribir dosis de más de 10 mg/día. Es preferible el suministro por vía oral aunque, si se comprueba el negativismo o imposibilidad de la ingesta, se deberá utilizar la vía intramuscular. La vía endovenosa –si bien efectiva– acorta el tiempo de utilidad del fármaco porque se encuentra acelerada su distribución en el organismo, quedando esta vía como última alternativa a las anteriores. No obstante, es más seguro el uso de esta última en una sala de cuidados intensivos. Se deben tener presentes los efectos indeseables de los neurolépticos, como: extrapiramidalismos, disminución del umbral convulsivo y otros.

Otros psicofármacos útiles, de acuerdo a la etiología del cuadro, son las benzodiazepinas. El *lorazepam*, 2 mg vía oral o intramuscular, puede resultar de utilidad. De ser necesario, se puede repetir la dosis a los 30 minutos hasta lograr la sedación; luego se puede repetir la dosis, a consideración del médico. También pue-

de utilizarse la vía endovenosa muy lenta, siempre que se disponga de la posibilidad de brindar asistencia cardiorrespiratoria debido al riesgo que ellas conllevan. El *lorazepam* es una alternativa eficaz en los pacientes que tienen algún grado de insuficiencia hepática debido a que existe la posibilidad de glucuronización a través de una vía metabólica extrahepática. De todas formas, se debe ser precavido en los pacientes con grave insuficiencia hepática que producen episodios de coma hepático debido a que las benzodiazepinas pueden precipitarlos. Los ancianos y los lesionados cerebrales son proclives a producir síndromes paradójales con la administración de estos psicofármacos, los que, lejos de producir el efecto deseado, logran el contrario. En estos casos son de utilidad los neurolépticos.⁸ Cabe destacar que en el *delirium alcohólico*, las benzodiazepinas son de primera elección debido a la acción cruzada que tienen con el etanol.

La *catatonía* es un síndrome caracterizado por mutismo –no habla o lo hace muy poco–, negativismo, muecas, posturas anormales y catalepsia o flexibilidad cerea –permanece en la posición en que se lo coloca–, y signo de la almohada psíquica. El paciente se encuentra en serio riesgo de deshidratación e inanición.

Su *etiología* responde a diversas causas, entre ellas, las enfermedades psiquiátricas, tóxicas, neurológicas, metabólicas, etc. Respecto de las primeras, las que con mayor frecuencia ocasionan este síndrome son –en primer lugar– los *trastornos afectivos* (depresión) y luego la *esquizofrenia*. Algunas veces estas reacciones son vinculables a los trastornos de personalidad, a las manifestaciones disociativas e histéricas.

De los estados tóxicos, los neurolépticos son probablemente la causa más frecuente del *síndrome catatónico* y la primera de todos éstos en general; le siguen en frecuencia la intoxicación con feniliclidina y alucinógenos (LSD, éxtasis), ACTH y glucocorticoides.

⁸ No son aconsejables las fenotiazinas como levomepromzina, prometazina y clorpromazina, debido a su acción anticolinérgica, extremadamente sedativos y a su capacidad de producir una mayor disminución del umbral convulsivo

Los trastornos neurológicos que pueden producir un estado catatónico ocurren a nivel de ganglios basales, donde también actúan los neurolepticos. La epilepsia, las lesiones del lóbulo frontal y temporal, han desarrollado catatonía.

Las alteraciones metabólicas tales como hipercalcemia, encefalopatía hepática, porfiria intermitente aguda, cetoacidosis diabética, también han sido relacionadas con el síndrome catatónico.

Con frecuencia, el *cuadro clínico* se presenta con algunos de estos síntomas y no en toda su plenitud. Como se señalara en la definición, el paciente presenta *mutismo*, ésto es carencia o gran escasez de habla espontánea. El *negativismo* es apreciado como una resistencia injustificada a indicaciones, solicitudes e intentos de movilizar al paciente. Las *muecas* y las *posturas anormales*, cuando se presentan, dan un aspecto extravagante a la presentación del enfermo. La *catalepsia* y la *flexibilidad cérea* se han vinculado con cierta oposición del enfermo a ser movilizado, brindándole la sensación al semiólogo de que se encuentra manipulando un miembro de cera y permite que el mismo quede en posiciones insólitas por un tiempo muy prolongado. Resulta muy difícil, por parte del paciente, imitar la flexibilidad cérea y no siempre se encuentra presente.

Para proceder al *examen*, es fundamental disponer de una detallada historia clínica brindada por las personas –familiares y amigos– que acompañan al paciente. En el caso de pacientes que no son traídos por conocidos, se debe ser prolijo y cauto, desarrollando un examen minucioso del enfermo. Es de vital importancia todo antecedente de enfermedades, consumo de sustancias tóxicas o medicamentosas. También relevantes serán las referencias de anteriores episodios psiquiátricos o de desórdenes de la personalidad, aunque ellos no implican que sean necesariamente la razón del síndrome catatónico. Siempre se requiere una prolija investigación clínica, física y de laboratorio para descartar enfermedad orgánica.

En el examen físico puede llegar a detectarse una ligera taquicardia y elevación leve de la presión arterial. El paciente permanece sin movimientos espontáneos, con los ojos abiertos pero sin respuesta a los estímulos. Las pupilas son simétricas y reactivas de forma normal.

Para todos los pacientes hemos de solicitar a *laboratorio*: electrolitos, calcio, pruebas de función renal y hepática, glucosa, recuento hemático completo y detección de agentes tóxicos tales como fenilciclidina, alucinógenos –LSD, éxtasis–, glucocorticoides, ACTH, etc.; además será importante recabar historia de exposición. De encontrarse un cuadro febril con leucocitosis, será necesario realizar una punción lumbar.

Algunos autores mencionan la utilidad del electroencefalograma como método para descartar *delirium*.⁹ En el electroencefalograma, las intoxicaciones (hipnóticos, sedantes y alcohol), las encefalitis y la encefalopatía hepática, producen una actividad lenta anormal. En los *delirium* causados por abstinencia de alcohol e hipnótico-sedantes, el EEG muestra una actividad rápida de bajo voltaje. También es de gran utilidad para detectar las patentes electroencefalográficas de la epilepsia. En la catatonía, el EEG muestra que el paciente está despierto.

Una prueba a realizar con estos pacientes se basa en suministrar por vía endovenosa, *amobarbital* sódico 500-750 mg, a un ritmo de 50 mg/minuto o bien, *lorazepam*, 1-2 mg. Mientras se perfunde lentamente, se realiza el interrogatorio al paciente. En caso de cuadros psicógenos o psicóticos, el paciente mejora y puede llegar a aportar datos sobre la génesis emocional de su dolencia; los enfermos con desorden catatónico orgánico, empeoran.

El *tratamiento* de la catatonía de etiología orgánica es el de la enfermedad que la produce. En los cuadros causados por intoxicación con neurolepticos, pueden ser de utilidad el *biperideno* 5 mg intramuscular o endovenoso, inicialmente se sugiere 2 mg IM/EV con repetición de la dosis a los 30

⁹ Hyman S; Tesar G. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*, 3/E. Barcelona: Masson-Little & Brown, 1996.

minutos. Es de utilidad el *lorazepam*, 1-2 mg, intramuscular. En las intoxicaciones con fenilciclidina y alucinógenos, pueden suministrarse neurolepticos como el *haloperidol* en dosis de 5 mg. La catatonía por ACTH y glucocorticoides también puede beneficiarse del uso de neurolepticos.

Los síndromes catatónicos de origen psiquiátrico tienen como primera indicación el *electroshock*.¹⁰ Como esta práctica puede ser considerada agresiva, puede suministrarse *haloperidol* en dosis de 5 mg cada 12 hs. Si se trata de desórdenes afectivos,¹¹ una vez lograda cierta mejoría del enfermo, se puede indicar litio o antidepresivos, según que el diagnóstico sea de manía o depresión. La *esquizofrenia* se trata con agentes neurolepticos como el haloperidol o con fármacos antipsicóticos atípicos, que tienen menores efectos indeseables, en especial vinculados al sistema extrapiramidal.

Los desórdenes psicógenos, disociativos, conversivos o de franca simulación, son pasibles de ser tratados con psicoterapia. No siempre es sencilla la diferenciación de estos cuadros y la clara identificación de su origen. Estos temas se tratan en los capítulos específicos.

El ***síndrome neuroleptico maligno*** es una reacción muy poco común a los fármacos neurolepticos, pero que pone en peligro la vida del paciente. Se caracteriza por *delirium*, rigidez, fiebre y anomalías vegetativas. Situaciones éstas que hacen pensar en un agravamiento de los cuadros

psicóticos y el consecuente aumento de los neurolepticos que empeoran el cuadro.

Es de interés señalar que diversos autores mencionan este síndrome como un estado de confusión, *delirium* y catatonía, estableciendo un puente entre todos estos cuadros ya descritos en párrafos anteriores. Se evidencia de esta forma, la dificultad que implica el diagnóstico diferencial y las dudas que prevalecen al momento de pronunciarse por alguno de ellos.

Este raro síndrome es capaz de acontecer con cualquier neuroleptico, pero en especial se ha descrito con los de mayor potencia. Su *incidencia* se estima entre 0,02 y 1,9 % de los pacientes que toman neurolepticos. La *mortalidad* se ha estimado entre un 10 y un 20 % debido a colapso cardiovascular, fallo renal, embolia pulmonar, neumonía por aspiración o fallo respiratorio.¹²

Respecto a su *etiología*, se lo considera una forma muy grave de parkinsonismo. Probablemente, este síndrome no represente un disturbio del metabolismo del calcio como en el caso de los anestésicos que producen hipertermia maligna y que también se benefician del tratamiento con *dantrolene*.

Sus manifestaciones *clínicas* se desarrollan en un período de 24 a 72 hs con la instauración de un cuadro de confusión o *delirium* junto con rigidez, a lo que luego se agrega una hipertermia de 41° C o más, y anomalías vegetativas con alternancia de hipo e hipertensión. Se pueden producir temblores burdos, distonías y posturas raras junto a los síntomas antes menciona-

¹⁰ La terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos más efectivos y menos comprendidos en psiquiatría, ideológicamente discriminados, con razón, por el uso desconocido y abusivo que hicieron algunos psiquiatras. La técnica y las intervenciones anestésicas asociadas al tratamiento, se han perfeccionado mucho, por lo que se lo considera un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con trastorno depresivo mayor, episodios maníacos, catatonía y otros trastornos mentales graves. Básicamente, su procedimiento consiste en estimular eléctricamente el cerebro hasta alcanzar el umbral convulsivo. Los métodos modernos de aplicación de electroshock, utilizan formas de ondas de pulsos breves, que suelen proporcionar estímulo eléctrico durante 1 o 2 milisegundos, a una velocidad de 30 a 100 pulsos/segundo. Kaplan H I y BJ Sadock. *Síntesis de Psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana, 2001.

¹¹ El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas; sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad. En los trastornos del estado del ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general. Los pacientes con un estado de ánimo elevado (manía) presentan expansividad, fuga de ideas, insomnio, autoestima exagerada e ideas de grandeza. Los pacientes con estado de ánimo deprimido (depresión) muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamientos de muerte y suicidio. Kaplan H I y BJ Sadock. *Op cit*.

¹² Hyman S; Tesar, G. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. *Op cit*.

dos. La rigidez muscular extrema puede ser causa de mioglobinuria y fallo renal. La deshidratación del enfermo puede agravar aún más el cuadro clínico.

El curso de la enfermedad dependerá del tipo de psicofármaco utilizado, el cual puede demorar desde algunos días a varias semanas en resolverse una vez suspendido el fármaco y dependerá además de que se haya utilizado un neuroléptico de liberación prolongada. Se trata de una reacción idiosincrática no dependiendo de la dosis.

En los exámenes de *laboratorio* no existen hallazgos patognomónicos, sin embargo la creatinina se encuentra siempre elevada. Puede hallarse leucocitosis en el recuento hemático y mioglobinuria (o hemoglobinuria) en la orina.

No obstante haber marcado algunas similitudes, es posible realizar un *diagnóstico diferencial* con la catatonía. En ésta, la elevación de la temperatura no llega a más de 0,5 a 1° C por sobre lo normal y las alteraciones vegetativas son menos marcadas que en el síndrome neuroléptico maligno. En el *delirium* originado por intoxicación con anticolinérgicos es más probable que el enfermo se encuentre hipotenso y la piel y las mucosas se encuentren secas, a diferencia del síndrome neuroléptico donde el paciente se encuentra sudoroso. En algunas oportunidades la leucocitosis y la hipertermia pueden hacer pensar en una *meningitis* o *encefalitis*; en este caso se indica una punción lumbar.

Como inicio del *tratamiento* se debe suspender el neuroléptico que ha produ-

cido el síndrome. Es prioritario el cuidado del funcionamiento cardiovascular y renal, y la correcta hidratación del paciente. La fiebre elevada se trata con antipiréticos y baños. Las benzodiazepinas (*lorazepam*) pueden ser de utilidad para atenuar el estado hiperadrenérgico del paciente en dosis de 1 mg cada 6-8 hs. Para disminuir la rigidez se utiliza el *dantrolene sódico*, en dosis de 0,8-1 mg/kg vía endovenosa, cada 6 hs. Puede administrarse solo o acompañado de *bromocriptina*, durante un período de tiempo que puede llegar a las dos semanas, según evolución.

La *bromocriptina* parece aliviar la rigidez y otros síntomas de bloqueo dopaminérgico; se inicia el tratamiento con 2,5 mg cada 12 hs, aumentando hasta 5 mg 3 veces al día. En ocasiones, el *dantrolene* puede ser necesario administrarlo por un par semanas.

El *síndrome serotoninérgico*, similar a los cuadros anteriores, se trata de un síndrome que presenta confusión o *delirium*, acompañado de agitación, temblor hiperreflexia, incoordinación, mioclonías, fiebre, diaforesis, escalofríos y diarrea.

En cuanto a sus causas, con mayor frecuencia se debe a la interacción de fármacos que incrementan la serotonina, por ello es necesario descartar la sobredosis de fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa.

Para su tratamiento es necesario suspender los fármacos serotoninérgicos y brindar medidas de apoyo en unidad de Terapia Intensiva.

Bibliografía

Adams R; Victor M; Ropper A. «Delirio y otros estados confusionales agudos (capítulo 20)» en: *Principios de neurología* Santiago: Mc Graw Hill Interamericana, 1999.

Hyman S y G Tesar. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3/E. Barcelona: Masson-Little & Brown, 1996

Inouye SK. «Delirium in older persons.» En: *N Engl J Med* 2006;354:1157-65.

Carlos Solomonoff

Ser o no ser..., ese es el dilema.

William Shakespeare, «Hamlet».

Intentaremos esbozar una visión desde la psiquiatría sobre el problema del suicidio acotando dos aspectos:

1. Al hacer mención a la *clínica*, se realizará una referencia general para luego circunscribirnos a los siguientes puntos:

a) *un límite etario*: el suicidio de jóvenes y adolescentes

b) *un límite etiológico y nosográfico*: el suicidio en las depresiones, en la esquizofrenia y en la histeria

2. Cuando se aborde la *prevención*, nos limitaremos a la que pueda estar dentro del ejercicio y posibilidades del clínico y del psiquiatra, es decir, frente a la *asistencia individual* de sus pacientes.

Existe esencialmente otro criterio de prevención, el de los sanitaristas y de los dispositivos de salud mental que, rápidamente dicho, operan generalmente en base a acciones sobre las llamadas *poblaciones de riesgo*.

Es necesario una reflexión previa sobre los suicidios y la pertenencia de ellos al campo de la psiquiatría, ya que es una conducta humana con implicaciones éticas, culturales, religiosas e ideológicas.

Los psiquiatras afrontamos una demanda social legitimada en los casos que revisite el carácter de una conducta de evidente motivación psicopatológica, como cuando deriva de los estados psicóticos delirantes y de aquellos conflictos intrapsíquicos conscientes o inconscientes. Pero también es evidente la existencia de suicidios por el peso social/cultural de normatización de las conductas, lo cual merece una reflexión crítica.

La persistencia del tabú social frente al suicidio es demostrativa de su carácter cuestionador de la cohesión social por ser, además, un hecho dramático que revela el fracaso de las defensas psicológicas colectivas contra la realidad de la muerte.

En la cultura occidental el suicidio ha encontrado respuestas éticas y jurídicas muy distintas y aun contradictorias.

Para Aristóteles el suicidio es un acto de cobardía, asimilándolo a la actitud del soldado desertor y Platón sostenía que se permitían excepciones a la conducta social en los casos de enfermedades dolorosas e incurables.

En la Roma Antigua se introdujo una diferenciación entre el suicidio de los ciudadanos y el de los esclavos y soldados. Los primeros no eran punibles en caso de dolor físico, duelo, furor o locura; para los demás el acto suicida conducía a medidas represivas: confiscación de bienes y supresión de ritos funerarios.

El cristianismo continúa con la estigmatización del suicidio por considerarlo una ofensa a Dios, la religión y la humanidad: *Dios da la vida y sólo Él puede quitarla*, la voluntad humana no debe interferir en los designios divinos. El catolicismo excluyó del Campo Santo a los suicidas. Anteriormente, en el judaísmo, los suicidas tenían en los cementerios un lugar denigrado, contra el muro perimetral.

Obviamente este problema está entre los que mantienen una tensión en la irresolución ética y principalmente conflictiva –en grado diverso– con las religiones según el dogma de cada una de ellas, como se ve también en los temas de reproducción (técnicas de fertilización, esterilización, abortos), técnicas de reanimación, trasplantes, transfusiones, clonación y manipulación genética, eutanasia y muerte o suicidio asistido, etc.

Es a partir del siglo V cuando surge en el Cristianismo la prohibición del suicidio, la que había tenido una actitud más permisiva en los siglos precedentes. Es San Agustín¹ quien establece las bases de la actual actitud eclesiástica, pero fue en sucesivos Concilios² donde se declaran diferentes condenas hacia el suicidio; recién en el siglo XIX el derecho canónico dicta la negativa a otorgar cristiana sepultura a los suicidas, excluyéndolos del camposanto.

En el campo de la Psiquiatría hubo también posiciones terminantes y enfrentadas. En 1888 Esquirol decía: «El hombre no atenta contra sus días más que en el delirio y todos los suicidios son alienados»; esta consideración no está vigente actualmente y son numerosos los autores que cuestionan la asignación del carácter patológico de todos los suicidios.

No es posible, en el contexto de este capítulo, más que mencionar las múltiples investigaciones neuroquímicas actuales, la búsqueda de «marcadores biológicos» del riesgo suicida y la ambición de encontrar los neurotransmisores patognomónicos de las conductas autoagresivas. No hay nada concluyente.

A tal punto que, el concepto de suicidio como tal, es de aparición tardía en la cultura; el neologismo surge recién en 1642 cuando Thomas Browne tomando los vocablos *sui* ('sí mismo') y *caedes* ('asesinato'), lo introduce en el lenguaje. Como todos saben, Durkheim en 1897, nos da la definición clásica: *El suicidio es el fin de la vida resultante, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo de la víctima misma que sabe que va a matarse*. Recalcamos que esta definición *requiere voluntad y conciencia del acto*.

Inevitablemente debemos dar algunas definiciones sobre aspectos clínicos relativos al suicidio:

- EL SUICIDANTE es el sujeto que sobrevive a un gesto autodestructor. Es lo que engloba a las llamadas tentativas de suicidio, término sobre el que no existe unanimidad de definición.
- EL SUICIDADO es el sujeto cuyo gesto autodestructor ha sido mortal.
- EL SUICIDARIO es el sujeto que expresa verbalmente, y/o en su comportamiento, el peligro de un pasaje al acto suicida. En este grupo consideramos los llamados *equivalentes suicidas*.

La escucha del profesional es esencial en la prevención del suicidio

Obviaremos los relatos de los especialistas de las confidencias explícitas de los pacientes profundamente deprimidos y/o melancólicos, para referirnos a aquellos otros que requieren de una observación y de una participación activa del clínico cuyo objetivo sea despistar y pesquisar los riesgos sui-

¹ San Agustín, Obispo de Hipona, Argelia (354-430 dC)

² Concilio de Arlés (452 dC); Concilio de Braga (562 dC); Concilio de Toledo (693 dC)

cidas. Para ello debe lidiar con la reticencia inicial del paciente en riesgo. Puede llamar la atención el dato –altamente demostrado en cualquier estadística a citar– por el cual es evidente que la mayor parte de los suicidas han hecho consultas al médico clínico o al psiquiatra en los días o semanas previos al gesto autolítico.

Estas consultas encuentran en el paciente expresiones como: «estar agotado», «estar harto», «tener malas ideas», «pensar tonterías», que en realidad representan avances del paciente a la espera de actitudes del profesional que le permitan enunciar sus verdaderas preocupaciones e intenciones. Por su lado, el profesional muy probablemente ha experimentado un malestar «contratransferencial», que muchas veces le impide abordar la cuestión más allá de esos enunciados espontáneos. No queremos dejar de señalar el error de abstinencia –muy común– que realizan algunos profesionales, al creer que hablarles a sus pacientes sobre si han pensado en quitarse la vida pueda significar inducirlos a ello. El médico debe aproximarse paso a paso, con tacto y firmeza ante la sospecha de una rumiación suicida, pero no debe dejar de abordarla.

Esté siempre el clínico atento cuando el paciente hace alusiones generales sobre la vida de un modo irónico o desapegado. Tampoco se deje influenciar cuando, advirtiendo la depresión en un paciente, el medio familiar minimiza o niega la profundidad del deseo de muerte («tiene todo para ser feliz»), menos aún si el paciente esgrime convicciones religiosas o racionalizaciones lógico-metafísicas aparentemente rigurosas que suelen esconder malestares muy profundos.

Cuando el paciente evoca, en un clima de conmoción emocional, ciertos temas como sentirse inútil, reencuentro con un ser querido fallecido, donación de efectos personales muy significativos, disposición o legado de bienes en previsión de futuros, deseos de evasión o fuga, deseos de dormir largo tiempo, de anular las tensiones, de comenzar una nueva vida, debemos estar muy alertas en tanto estas expresiones puedan significar referencias a la muerte como medio de huir de cierta forma de vida.

Cuando la dificultad no está en el paciente sino en la familia

Una situación particular y frecuente es la que enfrenta el médico de familia o del servicio de emergencia que es convocado para la asistencia de una tentativa de suicidio en un domicilio.

Lo primero que diremos es: *puede ser más difícil el abordaje del problema con la familia que con el paciente.*

Existen datos semiológicos valiosos en las circunstancias que encuentra el médico. Por ejemplo, el descubrimiento previsible del SUICIDANTE por un familiar determinado suele tener el valor de un mensaje dirigido a esa persona. O cuando se trata de un suicidio por intoxicación, puede ser significativo conocer a quién pertenecían los medicamentos utilizados.

La realización de *tentativa de suicidio (TS)* provoca en el medio familiar una movilización que difícilmente pueda vivir con serenidad, dadas las relaciones afectivas (y conflictivas) establecidas. Esa movilización podrá expresarse de muy diversas maneras por cada uno de los miembros del entorno: angustia, sentimientos culpables, desvalorización del gesto («no creo que haya querido matarse»), agresividad («lo hace para llamar la atención»), negación («ha sido un mal momento»).

Debemos tener en cuenta que muchas veces, una tentativa de suicidio es la primera manifestación de un brote psicótico hasta entonces silencioso, tanto en los casos de esquizofrenia como de enfermedad bipolar, en especial en adolescentes.

Frecuentemente la familia se opone a la internación, argumentando que la misma puede tener un efecto agravante para el paciente al verse incluido entre otros pacientes supuestamente más graves, en especial cuando se trata de tentativas de suicidio sin otras manifestaciones previas advertidas por la familia.

La experiencia muestra que el efecto suele ser inverso. Aun en internaciones breves los vínculos que se establecen con otros pacientes son de una calidad y una fuerza insospechada. El escuchar que otros

tienen problemas como el propio –o aún más graves– lleva a cuestionarse «yo no soy el único», determinando que el sufrimiento propio le parezca menos intenso y, así, lo desdramatice.

No es excepcional que la oposición a la internación la manifieste un familiar en conflicto con el suicida: el esposo golpeador que teme que el suicida lo denuncie, el adolescente sometido a despotismo paterno, una infidelidad puesta en evidencia, etc.

En ello está el riesgo del profesional de ser *manipulado por el entorno familiar*, que intenta limitar al mínimo nuestra intervención por diversos motivos: el qué dirán, la vergüenza frente al cuestionamiento de los principios religiosos o la bronca hacia el paciente.

La situación puede complicarse cuando, a esta actitud destinada a convencer al profesional de abstenerse de toda intervención ulterior, a alejarlo del hecho, se suma la actitud del propio paciente que puede estar tranquilo, distendido, aliviado por el efecto catártico del propio gesto. Muy especialmente esto ocurre con la tentativa de suicidio de los adolescentes y debemos hacer notar que ésta es la *primera trampa a evitar* ya que, como más adelante veremos, es una actitud típica de los adolescentes y preámbulo de nuevas y más graves actitudes suicidas. El deseo de que las cosas no salgan de la familia, «porque los trapos sucios se lavan en casa», no debe ser avalado por la abstinencia profesional. Definitivamente *debemos tener claro* –y mantener con firmeza– *que toda tentativa de suicidio significa una situación grave*, por más alejado que esté el riesgo letal del medio utilizado.

Toda *TS es un pedido de ayuda* que, de no ser escuchado, alzará su voz mediante una tentativa de suicidio más grave.

Si decimos que el gesto suicida es un pedido de ayuda y también un deseo de ruptura o cambio, debemos coincidir en la necesidad de la internación del paciente. Sobre esto la unanimidad de criterios es total y los estudios estadísticos lo demuestran. La hospitalización tendrá como objetivo resguardar al paciente de los riesgos

vitales, contenerlo afectivamente, integrando nuestras acciones para que sean vivenciadas como una clara actitud de escucha a su pedido de ayuda.

Aunque la peligrosidad toxicológica no requiera de ninguna vigilancia y/o desintoxicación, lo esencial es que la existencia misma del gesto significa la incapacidad del sujeto para afrontar su situación, al menos temporalmente. Por otra parte, los productos y las dosis usadas pueden ser ocultados o imprecisos pero, en todo caso, el concepto que una tentativa de suicidio toxicológicamente poco grave corresponde a un «débil» deseo de muerte, es *un error gravísimo*. Volveremos sobre esto.

La internación del paciente produce la movilización de la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y otros personajes significativos, que generarán preguntas y respuestas: «¿tiene valor mi vida?, ¿quieren ellos que yo viva?, ¿les importo?»

El medio psiquiátrico tiene la oportunidad de *reparar actitudes iatrogénicas* que, no pocas veces, se han generado en las intervenciones inmediatas de los servicios de emergencia o por el propio médico de familia. Estos tienden a tomar actitudes supuestamente destinadas a tranquilizar al entorno pero, en los hechos, son tanto más desvalorizantes o despreciativas cuanto menor apariencia de riesgo vital tiene la tentativa de suicidio, configurando una errónea valoración moral de cobardía, chantaje o simulación manipuladora del paciente. Estas intervenciones iatrogénicas que, como queda dicho, se realizan con la buena intención de calmar las angustias desencadenadas por las TS asegurando a la familia «ya pasó», que «no es nada de riesgo ni gravedad», *abre las puertas a una nueva y más grave tentativa de suicidio*, además de despertar sentimientos de agresividad reactiva en los convivientes que se ven inducidos a pensar erróneamente. Los gestos innecesarios, como lavajes de estómago intempestivos, deben ser excluidos porque significan una *respuesta contra-transferencialmente negativa* y agresiva hacia el sufriente.

Suicidio de los adolescentes

Existe una preocupación en los medios sanitarios del mundo occidental por el aumento del suicidio en los adolescentes, donde está entre la primera o segunda causa de muerte de los adolescentes en los principales países. En EE UU, entre 1950 y 2000, la tasa de suicidio de adolescentes aumentó en un 400%.

El Ministro de Salud Pública de la Nación³, Dr. Ginés González García, manifestó tiempo atrás como preocupación oficial el incremento en nuestro país, lo cual es absolutamente lógico y coherente con el conocimiento de los factores predisponentes en esa etapa de la vida. Aunque carecemos de estadísticas fiables y rigurosas, la estimación que el 50% de todos los suicidios tienen como protagonistas a adolescentes, se corresponde con la percepción empírica de los especialistas.

Desconocemos el precio que nuestra sociedad está pagando por los miles de jóvenes con crisis familiares, desocupación de los padres, exclusión social, abandono o inaccesibilidad a la estructura de la enseñanza, quiebre de las expectativas juveniles de trabajo, salud y familia.

Nos referiremos ahora a los suicidios en adolescentes que no son determinados por la existencia de grandes cuadros psicóticos como la esquizofrenia y la melancolía, pero puntualizando como es sabido que son patologías que en general se manifiestan en esta edad y en el adulto joven. Es en la adolescencia donde encontramos una alta frecuencia de las llamadas conductas de riesgo y de los «equivalentes del suicidio», que están influidos por los condicionamientos culturales y sociales a los que son altamente permeables los adolescentes. La vulnerabilidad de los adolescentes deviene de las características propias del psiquismo en esta etapa de la vida, atravesada por la crisis del proceso de estructuración de la personalidad.

Muchos suicidios de adolescentes se producen por motivaciones que aparecen, a

la comprensión de los adultos, como groseramente exageradas o totalmente inmotivadas. Remarcamos que en esta etapa la idea de muerte suele no estar elaborada.

El adolescente puede tener una representación «teatral» de la muerte, como que después de muerto va a seguir la vida de los vivos, cual un espectador desde un palco.

Igualmente ingenuas son las fantasías del reencuentro con seres queridos en el más allá. Esta ingenuidad, *lo que en realidad demuestra* es que, aunque el adolescente hubiera llegado a elaborar una idea de muerte, cuando es presa de la tempestad emocional previa a la TS, opera una regresión hacia el pensamiento mágico.

El suicidio de un adolescente adquiere una connotación particular tanto en el medio familiar como social, tal como ocurre con la muerte de un niño aunque ésta sea por causas naturales, por significar un hecho «contranatural» al contradecir y cuestionar la ley natural de la sucesión de generaciones. No es excepcional que el medio familiar y social reaccione con sorpresa y sin poder comprender las TS de los jóvenes, determinadas por causas totalmente diversas: a veces una mínima ofensa, la ruptura de un vínculo amoroso, un problema familiar, un fracaso escolar.

Esta desproporción entre la reacción y los motivos aparentes, muestra con claridad que el acto suicida estaba predeterminado y que el sujeto ha expresado una conflictiva gestada a lo largo de su historia.

La estereotipia de las motivaciones suicidas expresadas por los adolescentes: «no daba más...», «estaba harto de todo...», «no hablemos más...», «ya fue...» y la similitud de los comportamientos posteriores del suicida adolescente, muestran que es una respuesta a necesidades internas y se desarrolla en un escenario preconfigurado.

Habíamos manifestado que debía tenerse especial cuidado en no valorar el riesgo suicida según la objetividad del medio usado. Esto es muy importante en los adolescentes, en primer lugar porque ellos suelen ignorar el riesgo real del medio utilizado, por ejemplo, la ingesta de medicamentos

³ República Argentina, Año 2007

del botiquín familiar (ATB, diuréticos, analgésicos, tranquilizantes, etc.)

En el adolescente es particularmente importante comprender que la *TS es una demanda*, demanda de amor pero también a ser escuchado y reconocido como sujeto.

«Nadie me comprende» es una expresión a la que todo adolescente recurre en algún momento de su vida. «Nadie», equivale a decir: padres, docentes y todos los adultos ante los cuales el adolescente se siente –frecuente y acertadamente– un objeto. En efecto, el adolescente suele ser el objeto de las fantasías parentales que lo consideran un depositario de sus propias aspiraciones narcisistas: él «deber ser» lo que aquéllos necesitan que sea, lo que ellos no han podido ser y alcanzar, lo que ellos han deseado para sí mismos.

Estos padres suelen ver al hijo como una pertenencia de la que disponen y que, sobre todo a partir de la adolescencia, debe rendirles cuentas y mostrarles resultados. No todos los jóvenes tienen la contextura suficiente para asumir la clásica rebelión adolescente y ante esta incapacidad para rebelarse, pueden no encontrar otro medio más que agredir su propio cuerpo.

Disponiendo de su propio cuerpo, el adolescente se sustrae a todas las presiones y también se ubica como sujeto, y paradójicamente el suicidio puede ser considerado como una afirmación de sí mismo.

También esta dinámica es común a los cuadros de anorexia y bulimia, que más adelante explicaremos.

En general los adolescentes que realizan TS han sido niños con dificultades para expresar sus sentimientos y sus emociones, que se tragaban todo, los hijos modelo, responsables en el hogar y en sus trabajos, con un muy alto nivel de autoexigencia. Este alto nivel los hace sufrir en forma desmesurada cuando no se cumplen los propios objetivos, llevándolos a sentimientos de culpabilidad, vergüenza, fracaso e inutilidad, que los empujan a la TS.

Es por esta razón que este estado de sufrimiento debe ser advertido, nunca descalificado ni menospreciado; exige contención, ayuda activa y tranquilización. Según André Haim, el adolescente actúa

para evitar el sufrimiento y los recuerdos no gratos. El padecimiento se debe a situaciones vividas por largos períodos que han ido socavando su autoestima y produciendo una depresión sobre la que aparecen las situaciones desencadenantes: separación de los padres, disminución de las calificaciones escolares, pérdidas de relaciones de su grupo etario, etc.

No podemos dejar de mencionar la gravitación del consumo de alcohol, que se ha vuelto una triste y grave condición de admisión al grupo de pertenencia y que se utiliza como una evasión o un remedio para vencer las timideces y temores. Por sus efectos depresógenos sobre el psiquismo y desinhibidor de las conductas, el alcohol aumenta las posibilidades de TS.

Una conducta de adolescente que debe merecernos especial atención es *la fuga*. Se trata de alejamientos del hogar que realiza –aparentemente– sin motivos o con ellos, por períodos variables y que constituyen un primer signo de alarma porque se trata de una demanda hacia el medio familiar, tendiente a movilizarlo frente a su sensación de abandono e incompreensión. Estas pequeñas fugas suelen ser el anuncio de otros pasajes al acto suicida.

Con ello nos referimos a esas situaciones en las cuales el joven «desaparece» sin decir a los padres donde está o adonde va, sabiendo que los va a inquietar y reiterando estas actitudes en forma aparentemente inmotivada y desafiante.

La nosografía y las tentativas de suicidio

Habíamos dicho que una proporción importante de las conductas suicidas no son atribuibles a los cuadros psicopatológicos de la nosografía clásica: si bien no podemos olvidar que las tentativas de suicidio pueden adscribirse como síntomas de las patologías incluidas en la nosografía, otras son consecuencia de la enfermedad misma cuando sus manifestaciones son particularmente perturbadoras, por ejemplo, cuando los episodios recurrentes de una bipolaridad han determinado la dis-

continuidad laboral o la pérdida del empleo, o cuando las reacciones del medio a las oscilaciones tónicas se han traducido en un rechazo abusivo.

La tentativa de suicidio en la esquizofrenia

El suicidio en los esquizofrénicos es una eventualidad frecuente, el 50% de los pacientes intenta suicidarse y el 10% del total muere por esa causa.

Esta conducta puede darse al comienzo del cuadro invasivo sintomático, cuando el sujeto se enfrenta a la eclosión de la enfermedad y siente agudamente los cambios ocurridos en él, que su mundo se hunde y experimenta su propia aniquilación, su incapacidad para sentir sus propios sentimientos como antes, para disponer de su capacidad intelectual, orientar sus pensamientos y recurrir a su memoria, para sobreponerse a la demolición de su voluntad, a la impotencia sexual, la anorgasmia, la frigidez.

Son de mayor riesgo los pacientes esquizofrénicos en los que predominan los síntomas negativos que aquellos abiertamente delirantes.

La TS adopta entonces las formas que impregnan su propia patología. Será muy probablemente una TS preparada o rumiada en el contexto de un racionalismo frío, desapegado, que con un gesto violento se desencadena, usando medios atípicos con omisión de la realidad circundante: presencia o cercanía de familiares, riesgo para otros, daños a terceros. Aunque el esquizofrénico use uno de los medios habituales para las neurosis u otros cuadros como la melancolía –por ejemplo la flebotomía– realizará la TS en un clima de frialdad y sin la reacción emocional posintento de los otros síndromes. Otra característica de la TS del esquizofrénico *emerge cuando el sujeto ya recuperado del momento productivo delirante percibe su incapacidad* para vivir en la comunidad y decide retirarse lejos de ella, de la participación de este mundo. Es cuando la clínica encuentra un cuadro depresivo en el que es difícil dilucidar los componentes

propios de los llamados síntomas negativos: de la esquizofrenia, de la depresión agregada por causas psicológicas o psicofarmacológicas, o simultáneos.

Otro momento evolutivo especialmente riesgoso en el esquizofrénico es cuando el delirio ha sido suprimido sin que el profesional se percate que guardaba una función protectora en la economía psíquica del sujeto. En este caso la abrasión del delirio puede significar una *liberación* cuando el paciente lo ha experimentado como perseguidor y parásito, o *una pérdida* cuando su rol ha sido compensador de una conflictiva más penosa.

De ello se desprende el cuidado que debemos tener y la necesaria evaluación ante la desaparición del delirio y las alucinaciones. La psicoterapia deberá actuar como una malla o red protectora que evite la caída, no poco frecuente, en un sentimiento de vacío insoportable. Otro momento especialmente proclive a la TS es cuando el sujeto, sometido a un delirio persecutorio, místico o de celos, con alucinaciones o sin ellas, recibe la «orden» de su autoeliminación. Es necesario tener un interrogatorio casual –no punitivo– y preguntarle con claridad y amplitud «qué le están ordenando las voces».

La tentativa de suicidio en los estados depresivos

Es muy difícil hacer una consideración general sobre la TS en los estados depresivos de una manera genérica sin la diferenciación clínica del tipo de depresión, la edad del sujeto, la existencia o no de patologías asociadas, su situación familiar y social. No obstante, podemos decir que las depresiones constituyen un conjunto de elevadas proporciones suicidas y entre ellas las formas melancólicas recurrentes, que son particularmente riesgosas. Pueden asumir la forma de *raptus* gatillados por crisis angustiosas, o delirios de repentina eclosión o de elaboración larvada.

El suicidio puede ocurrir en la segunda mitad de la noche, en enfermos que padecen de insomnios tardíos, cuando la

vigilancia de los demás está ausente y se incrementa la ansiedad, hallándose ante la perspectiva de un nuevo y prolongado día de sufrimiento.

Algunas veces el sujeto melancólico incluye en su acto mortífero una o varias personas de su entorno, los cónyuges, los hijos. Suele tratarse del «suicidio altruista» en los cuales el sujeto concibe el gesto como una protección o salvación de los contenidos persecutorios o catastróficos que le acosan.

Si bien todo melancólico tiene un potencial suicida, apreciación que puede ser exagerada pero debe servirnos de alerta, hay indicios semiológicos que nos deben mantener especialmente atentos:

- Aquellos melancólicos que no dicen nada, que pueden parecernos hundidos en la inercia, profundamente inhibidos, pero que están dominados por rumiaciones obsesivas o alucinaciones.
- Los que asumen una actitud de aparente resignación y muestran en la entrevista una mímica con una sonrisa irónica y equívoca. Si han tomado la determinación fatal pueden, ante nuestro intento de aproximarnos, alegar el amor a sus hijos o sus principios religiosos para protegerse de nuestra indiscreción.

En el melancólico, el riesgo de suicidio subsiste *aun bajo la acción psico farmacológica adecuada*. En las formas inhibidas el riesgo puede incrementarse en el momento del levantamiento de la inhibición que se produce al comienzo del tratamiento antidepresivo.

Factores de riesgo en los depresivos que deberán mantenernos alerta:

- Existencia de autorreproches
- Pérdidas afectivas y duelos prolongados
- Falta de contención familiar, soledad, abandono, viudez, divorcio
- Enfermedades limitantes e invalidantes, dolores crónicos rebeldes
- Alcoholismo
- Disponibilidad de una polifarmacia no controlada
- Insomnio y angustia nocturna
- Personalidad previa de tipo colérico impulsiva

- Antecedente de suicidio o muertes violentas en la familia

Algunas de las características de las TS en los estados depresivos:

- Preparación minuciosa del acto: acumulación de psicofármacos, uso de medios letales implementados sucesivamente (intoxicación más defenestración o asfixia por gas, arma de fuego)
- Elección del lugar y hora: alejamiento de familiares, fuga previa a lugares inaccesibles o distantes
- Elección de un medio y técnica irreversible
- Adopción de medidas de resguardo y destinatario de sus bienes y pertenencias
- Cartas, mensajes, llamados telefónicos anticipatorios, despedidas enigmáticas

Tentativa de suicidio en la neurosis

Señalamos que las TS en las neurosis tienen especial incidencia en la histeria y en la llamada neurosis de angustia, y que es menos frecuente en la neurosis obsesiva y en la neurosis fóbica.

Las alteraciones tímicas de la histeria se caracterizan por el pasaje de un estado de ánimo al otro por causas mínimas y ser muy influenciados por las respuestas del ambiente. Los extremos de euforia y tristeza pueden revertirse sin pasar por los estados intermedios.

La depresión suele deberse a un abandono, a una humillación o a cualquier circunstancia en la que se sienten desvalorizados frente a sus propias expectativas de desempeño. Si ello ocurre, inmediatamente pierden interés por las actividades en las que aparecían firmemente comprometidos. Tienen una muy mala o nula tolerancia a las frustraciones. El amor y el odio son sentimientos fácilmente mutables. Son excesivamente dependientes de la impresión que causan en los demás.

La TS histérica es un gesto y consecuencia ante el fracaso de otras apelaciones anteriores al entorno. Debemos ser prudentes cuando los familiares afirman «estaba bien hasta poco antes, no puede ser que se-

riamente lo piense o lo intente... si lo dice no lo va a hacer». SOBRE ESTA ÚLTIMA EXPRESIÓN QUEREMOS DESTACAR QUE: QUIEN MUCHO LO DICE, LO VA A HACER.

El medio suele reaccionar así por percibir como injustificadas o poco auténticas esas tentativas de suicidios desencadenadas por un abandono o frustración a la que son proclives estas personas muy dependientes del entorno. La repetición de amenazas y de TS —que se caracterizan por «mal preparadas»— van creando irritación y agresividad en los convivientes, generando en ellos la convicción de que son pseudo suicidas, manipuladores o chantajistas, reaccionando con el distanciamiento y el rechazo al histérico, lo que acentúa el aislamiento y aumenta las posibilidades de un pasaje al acto. Los medios usados en la TS histérica suelen ser los tóxicos, especialmente medicamentosos, razón que obliga *prudencia al momento de prescribir* la receta. Muy difícilmente utilicen métodos que provoquen desfiguraciones o mutilaciones; se cuidarán de dar una buena imagen ante los servicios de emergencia o de funeral.

El *melancólico* oculta su intención, se opone o rechaza los intentos de ayuda, son escépticos ante los esfuerzos de los demás, muestran una tristeza inmovible y profunda, preparan a veces largo tiempo y meticulosamente la TS con empeño para que sea exitosa.

Contrariamente, el *histérico* muestra su avidez afectiva, son evidentes las manipulaciones tiránicas y agresivas, su receptividad a las palabras de apoyo y las repercusiones en los demás, la necesidad de revalorización y el efecto positivo de ésta, además de una tristeza netamente diferente a la del melancólico por presentarse —en el histérico— como un sentimiento integrado y coherente a los acontecimientos actuales, más vinculados a los conflictos de la persona y donde no es difícil establecer un destinatario del *acting*.

Las personalidades «Borderline»

Participan de muchos de los rasgos de la TS de la histeria con una acentuación de la

tendencia a la recidiva, tanto en relación a las amenazas como a las tentativas mismas. Recamier definió bajo el término de «suicidosis» a este rasgo de los *Borderline*.

Estas personalidades recurren a la TS sin ninguna vivencia de depresión, sin ningún miramiento o consideración hacia los demás, propia de la profunda evicción o despojo de sentimientos de duelo, dada su incapacidad para establecer una dependencia afectiva estructurante como es característico en estas personalidades.

Por lo tanto, en las personalidades *Borderline* frecuentemente está presente o muy borrado «el destinatario del gesto suicida» evidenciable en muchas de las TS histéricas.

Las conductas de riesgo y los equivalentes suicidas

Las conductas de riesgo configuran un conjunto de prácticas diversas que cubren una variedad de actividades a las que son especialmente proclives los adolescentes.

Como en tantos otros aspectos de la conducta humana, existe una amplia gama que posibilita integrarlas en un polo de normales hasta otro, de evidente significación psicopatológica.

Es precisamente el carácter generalizado —y muy probablemente universal— de las conductas de riesgo presentes en diversos estratos sociales y culturas, lo que ha motivado la necesidad de una comprensión amplia y sin restricciones a los espacios de la psicopatología.

Fabián J. Triskier sugiere una reflexión tomando datos de la etiología: «En la mayoría de las especies de mamíferos, la adolescencia se asocia con la emigración de los individuos (de uno u otro sexo, dependiendo de la especie) del seno del grupo primario hacia territorios desconocidos en la búsqueda de un nuevo grupo de inclusión.

Esta estrategia parecería brindar ventajas evolutivas, al evitar las uniones intrafamiliares. Sin embargo, aun cuando pudiera ser evolutivamente efectiva, tiene un alto costo individual para los individuos jóve-

nes, ya que los expone a altos niveles de vulnerabilidad y mortalidad durante su migración e ingreso al nuevo grupo... ¿Cómo explicar este súbito interés por lo novedoso y por asumir conductas de riesgo que hacen que entre los primates, los jóvenes tengan la más alta tasa de mortalidad por accidentes causados por actividades que pueden describirse como temerarias frente a la conducta habitual de los adultos?»

El autor remarca que en varias especies existen cambios conductuales en la adolescencia ligados a lograr autonomía e independencia. Esa búsqueda de nuevas sensaciones y exposición a situaciones de riesgo también se da en los humanos.

«Esto no debería generalizarse y considerar a los adolescentes, en su totalidad, como sujetos en grave riesgo...» dado que la mayoría afronta riesgos sin importancia ni consecuencias graves.

«Es necesario evitar la estigmatización del 'riesgo adolescente' entendiendo que, dentro de ciertos límites, estas conductas son una herramienta del desarrollo necesaria para la definición de la identidad». Nuestro interés es destacar precisamente ese aspecto, *la trasgresión de ciertos límites*, que nos referiremos a continuación. Diríamos entonces que las conductas de riesgo *en su dimensión psicopatológica* implican la participación deliberada y repetitiva en situaciones peligrosas, para sí mismo y eventualmente para otros, como comportamiento no impuesto por las condiciones de trabajo o existencia, sino buscadas activamente para experimentar sensaciones fuertes de juego con el peligro y eventualmente con la muerte.

La definición de conducta de riesgo abarca comportamientos que pertenecen a la nosografía psiquiátrica tradicional (toxicomanías, TS a repetición, etc.), pero también a actividades deportivas o de esparcimiento, muy estimuladas por la moda que proponen la búsqueda de nuevas distracciones, pero que culminan con la oferta de «sensaciones fuertes» y de desafío al peligro.

Hay una valorización cultural y social de este tipo de comportamiento, que se evidencia en los medios (TV, diarios, revistas

especializadas). Es una promoción de un comportamiento adictivo fuertemente estimulado por una mediática que suele exaltar el peligro bajo una cobertura «ecológica» y de riesgos «naturales», como variantes de la actividad deportiva tradicionales. Así promueven aventuras sobre los glaciares, en las montañas, aladeltismo, paracaidismo de caída libre, todo bajo un carácter «extremo» de la actividad deportiva mostrado como un placer superior reservado a una élite. La atracción de ese riesgo vital reside tanto en la agudeza de las sensaciones experimentadas, como en su capacidad de autorizar un acceso a los valores del coraje y del heroísmo individual, en épocas de quiebre cultural de las ideologías religiosas, políticas, grupales y solidarias.

La escalada de los riesgos asumidos y por lo tanto de las sensaciones experimentadas, conduce poco a poco, a los límites de la actividad deportiva e ingresa en el territorio deliberado de desafío y juego con la muerte.

Esto se da en una sociedad cada vez más individualista que promueve diversas formas aberrantes de heroísmo. La apuesta individual se inscribe en una apuesta social cuyos fundamentos ideológicos son la valorización del desafío, la provocación de una relación extrema con los elementos naturales como nutrientes de una relación comunitaria y de una iniciación.

La característica general de las conductas de riesgo es la valorización extrema del riesgo vital afrontado. El objetivo propiamente deportivo se borra a expensas de una búsqueda de la agudeza de la sensación. La cuestión está en el punto en el cual la seguridad será totalmente sobrepasada.

Un equivalente suicida actual es la búsqueda de relaciones sexuales promiscuas sin protección adecuada. Cada vínculo es un desafío, el sujeto recurre periódicamente al laboratorio para verificar «su triunfo sobre el contagio» y vuelve a reincidir en la conducta de riesgo.

Dentro de las prácticas deportivas existe una variedad de actividades, o más precisamente, toda actividad puede ser motivo de desviaciones hacia conductas de riesgo con rasgos psicopatológicos. Así

los accidentes llegan a ser imprevisibles y aleatorios tanto para el neófito como para el experimentado. Esta «igualdad» marca con nitidez el límite entre el riesgo deportivo, controlado por la técnica, el aprendizaje y el entrenamiento, y la conducta de riesgo en la cual el deporte no es más que el pretexto de una experiencia emocional fuerte en la que el riesgo vital debe estar presente.

Mientras el deportista –que conserva los objetivos de las prácticas– tiende a asegurarse la limitación de los riesgos con las precauciones y equipamientos que cada deporte aconseja, el tributario de las conductas de riesgo opera en el sentido inverso.

La actual valorización cultural de la temeridad es promovida por los medios, que actúan aquí como en otros dominios, reflejando por un lado situaciones dadas en el medio social y por el otro estimulándolas. El reforzamiento de la mitología del peligro, la exaltación de la «adrenalina», favorece la promoción de estas conductas en los individuos predisuestos.

Los jóvenes, en particular aquellos ávidos de una reafirmación de su subjetividad, deseosos y angustiados por la búsqueda de revalorización de un narcisismo en crisis, son fácilmente seducidos por estas promociones.

En el espacio de la vida sexual también se expresan conductas de riesgo con especificidades ligadas al género. Las mujeres adolescentes reciben un control familiar y social distinto de los varones, influenciados por los valores que las familias sostengan con respecto a cual es la conducta sexual aceptada para ellos. Así, las jóvenes quedan expuestas a embarazos no deseados tempranos por omisión, ocultamiento o retaceo de la información. De manera especular, hacia el varón se descuidan aspectos educativos y formativos en relación a la asunción responsable de la procreación.

En un contexto social en el que la violencia es legitimada y banalizada, son los adolescentes varones los más expuestos y de hecho tienen mayor riesgo de morir que las mujeres. Las conductas de desafío, el consumo de drogas, los accidentes, están vinculados a un tipo de socialización que

los lleva a exponerse porque es eso lo que se espera de ellos y entre ellos.

El varón siente más frecuentemente que debe llevar las iniciativas y hasta imponerlas en sus vínculos con la mujer, que él debe ser «el informado», «el que sabe», que confesar sus desconocimientos y miedos desluce su hombría y que la impulsividad es un rasgo valorable positivamente. Todo ello lo coloca en el riesgo de ser víctima de sí mismo.

Si de ser varón se espera el afrontar peligros, manifestar agresividad y ser proclive a la violencia, no es de asombrar que sean ellos los tributarios de las estadísticas de accidentes automovilísticos, riñas, consumos de alcohol y drogas.

Aproximación a una prevención posible

Dijimos que una tentativa de suicidio es básicamente un pedido de ayuda, una demanda de amor y atención. También, que quien recurre a la idea, a la preparación o a la consumación de un suicidio, expresa que no quiere vivir... así.

El incesante aumento de los suicidas adolescentes configura un problema mayor de la política sanitaria. Constituye entre el 10 y el 15% de todas las muertes de los adolescentes y son 5 veces más frecuentes entre varones que en las mujeres.

La estructura familiar constituye un fuerte condicionante: rigidez excesiva, ambiente extremadamente conflictivo, falta de límites, padres absorbidos por sus propios conflictos que llevan al joven a sentirse omitido, abandonado. O cuando lo colocan en el lugar de obstáculo para resolver sus conflictos y/o una separación.

La existencia de antecedentes depresivos en la familia, de suicidios o de inestabilidad emocional acentuada, familias donde los padres están fagocitados por sus propios intereses individuales, por una puja desmedida por logros económicos; los hijos pueden pasar desapercibidos aun cuando estén transcurriendo por una profunda depresión, una anorexia extrema, un consumo exacerbado de alcohol o drogas.

Cuando la relación entre el adolescente y sus padres es excesiva y permanentemente tensa y conflictiva, o demasiado pobre, escasa, inexpresiva, el joven está en riesgo.

Detectar la depresión en un adolescente debería estar entre las capacidades de los educadores, médicos generales, entrenadores deportivos y de sus propios pares.

Las rupturas sentimentales, los conflictos con su grupo etario cuando conllevan aislamiento social y/o escolar, son factores frecuentemente desencadenantes.

Los hogares en los que la violencia entre los padres y/o con el adolescente, el maltrato hacia él o sus hermanos, en especial cuando estas condiciones abarcan un largo período, desde la niñez por ejemplo, configuran factores predisponentes.

Los abusos sexuales o lo que algunos autores llaman «clima incestuoso familiar», suelen encontrarse entre los antecedentes más que los abusos propiamente dichos.

El fracaso escolar cuando es factor de estigmatización, cuando además significa la pérdida de sus vínculos de compañerismo, la condena al aislamiento o la desvalorización extrema de parte de los padres, pueden sumir al adolescente en una profunda depresión.

Cuando el adolescente ha conocido o ha estado emocionalmente implicado con una tentativa de suicidio en su familia, o más aún entre sus pares, se opera una función de «contagio» que transita por una depresión por duelo.

La disponibilidad de recursos potencialmente letales es un factor facilitador del pasaje al acto. En primer lugar, el acceso a armas de fuego: el 60% de los suicidios de adolescentes se realizó con ellas. Luego, las sobredosis por medicamentos cuando están a su alcance, por la circuns-

tancia que una figura parental los consume. La elección de este último medio no es ajena al vínculo con el progenitor que recibe esa medicación.

Para concluir, algunas recomendaciones:

- No banalizar: todo profesional que intervenga ante una tentativa de suicidio debe actuar como lo que es: un acto potencialmente grave y peyorativo para el futuro del adolescente. No caer en complicidades de silencio o la actitud insustancial de los padres. Una evaluación clínica rigurosa debe ser realizada por el psiquiatra.
- Calmar la excitación desbordante que suele manifestarse en los primeros momentos de la tentativa y que comparte la familia. Aunque el joven haya obtenido beneficios secundarios inmediatos, como concesiones de los padres de aquello que le negaban o atenuación de conflictos familiares, tampoco en esta situación debe subvalorarse el episodio.
- Contener emocionalmente al adolescente permitiéndole una verbalización catártica de sus angustias, creándole confianza en sus propias capacidades para resolver la excitación.
- Proteger significa asegurar un dispositivo contenedor, que puede ser con tratamiento ambulatorio sólo si existe la seguridad de su efectividad y permanencia en cuanto a disposición de los terapeutas. De lo contrario el paciente debe ser internado en un contexto que asegure un tratamiento básicamente psicoterápico, pero también que permita establecer un diagnóstico que descarte otros cuadros psicopatológicos. La internación debe posibilitar el establecimiento de una relación transferencial que dé continuidad a la asistencia post alta.

Bibliografía

- Ebtinger R y JP Sichel. «L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent.» En: *Revue Confrontations psychiatriques* 1971;7
- Karila L; Coscas S; Benyamina A; Raynaud M. «Consommations pathologiques d'alcool a l'adolescence.» En: *EMQ* 2007;37-216-G-50.
- Lamas C; Corcos M; Jeamment P. «Psychotérapies a l'adolescence.» En: *EMQ* 2007; 37-217-A-10.
- Marcelli D y M Humeau. «Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent.» En: *EMQ* 2006;37-216-H-10.
- Serfaty, E. «Suicidio en adolescentes y jóvenes». En: *Vertex Rev Arg de Psiq* 1996;(7)23:
- Triskier FJ. «La era de los axolotls. Algunas especulaciones respecto a las modificaciones neurobiológicas durante la adolescencia.» En: *Vertex Rev Arg de Psiq Dic* 2006;70

CRISIS EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Ricardo Nidd

Menos tu vientre todo es confuso.

Miguel Hernández, «Antología», Ed. Losada, 1960.

Presentación

La situación clínica vinculada a la gravedad, parto, puerperio y lactancia suele presentarse como conflictiva para el abordaje médico general, incluso para los especialistas no obstetras. Existe un mito respecto de la utilización de psicofármacos en la mujer embarazada que intentaremos aclarar, respetando, por supuesto, las connotaciones tan particulares de la gestación.

El presente capítulo comienza con una mención de las entidades clínico psiquiátricas más frecuentes en la emergencia y su abordaje terapéutico. A continuación, hace una consideración farmacocinética de la mujer embarazada, para poder así enlazar la clínica con la estrategia farmacológica apropiada para cada caso.

Psicopatología y embarazo

Es notorio el aumento en la frecuencia de desequilibrios psicóticos durante el embarazo, ya sea en pacientes de patología co-

nocida como en mujeres sin fenomenología previa. Así, los delirios, las alucinaciones y las crisis maníacas, aparecen abruptamente en el curso de la gestación.

Ciertas notificaciones consignadas en diferente bibliografía dan cuenta de un incremento de la ansiedad y los trastornos relacionados, tales como las crisis de pánico o las fobias, a la vez que se acentúan los comportamientos obsesivo compulsivos.

A favor, se encuentra una mayor estabilidad del humor, sobre todo a partir del segundo trimestre.

Psicopatología del parto y puerperio

Independientemente de la desestabilización subjetiva propia de las estructuras *psicóticas*, la psicosis puerperal se caracteriza por una marcada agitación, confusión, alteraciones del sueño, alucinaciones, delirios extravagantes paranoides y comportamiento violento. Toda esta conducta de aparición aparentemente espontánea y sin

antecedentes que pudieran hacerla prever. Existe riesgo de suicidio y de infanticidio.

Es indiscutible la afectación de la timia en este período. Dos teorías intentan explicar esta situación. Una, la *teoría hormonal*, la vincula a la brusca reducción del estrógeno una vez producido el alumbramiento; otra, la *teoría psicodinámica*, que explica los cambios vitales.

Maternity Blues es un síndrome transitorio autolimitado, caracterizado por episodios de llanto, confusión, insomnio, inquietud, cefalea y sensación de agotamiento. Se lo considera una respuesta fisiológica atribuida a la experiencia subjetiva de la activación del sistema límbico por la oxitocina. En general no supera las 24 horas y generalmente dura menos.

La *depresión posparto* se presenta en uno de cada diez nacimientos. La mayoría de los casos son sintomáticamente de poca intensidad y de larga duración (hasta un año), similares a la distimia. Con menor frecuencia, los síntomas se presentan con mayor gravedad, con cuestionamientos sobre la propia existencia e ideas de fracaso frente a la función materna. El *suicidio* es el riesgo mayor. De no mediar el tratamiento, van desmejorando lentamente, año tras año, hasta llegar a la *demencia*.

La *depresión psicótica posparto* es la combinación clínica de la psicosis puerperal con la depresión mayor posparto. Existe riesgo de *infanticidio*, principalmente a partir de la décima semana del nacimiento.

Finalmente, una advertencia acerca de las descompensaciones maníaca o depresiva de la enfermedad bipolar: es el embarazo al que provoca la recaída, en general debido a la interrupción del uso de litio u otro anticíclico. En otros casos, puede ocurrir una exacerbación durante el puerperio con embarazo asintomático.

Lactancia

Durante este período hay un reacomodamiento físico, subjetivo, también social, que explica la estabilización progresiva hacia la situación pre grávida.

Conducta terapéutica

La práctica médica frente a una situación de emergencia en salud mental nos enseña que la aplicación de la fórmula ESCUCHAR/CONTENER/ALIVIAR es el accionar más adecuado y eficiente. En el caso particular de una paciente en condiciones perinatológicas, es importante tener presente que, casi siempre, hay un obstetra y/o un psiquiatra de referencia.

Psicofarmacología del embarazo

En décadas pasadas, el empleo de la *talidomida* en embarazadas produjo una verdadera epidemia de malformaciones congénitas, con más de 12 000 casos notificados de focomelia (anomalía del desarrollo caracterizada por la ausencia de la parte proximal de los miembros superiores, inferiores o ambos). La *talidomida*, que hoy se encuentra fuera de mercado, se usó ampliamente en Europa, principalmente en Alemania e Inglaterra en la década del 60 como sedante e hipnótico, y especialmente en embarazadas para el tratamiento de la emesis gravídica. Años después se comprobaba un aumento en la frecuencia de cáncer vaginal en adolescentes hijas de mujeres tratadas con dietiletilbestrol durante su embarazo.

Éstos y otros hechos hicieron que comenzara a prestársele particular atención al estudio de las posibilidades de riesgo que ocasionan las drogas cuando se utilizan en embarazadas. Se concluyó que los requerimientos para la autorización de medicamentos no ofrecían garantías suficientes de inocuidad porque no descartaban posibles efectos indeseables en la descendencia, inclusive varios años después de la administración.

La información disponible de teratogenicidad proviene de la denuncia de casos individuales que sirven para llamar la atención, y que elevan la sospecha cuando se repiten y cuando la administración coincide con la cronología de la organogénesis correspondiente a la malformación. Sin embargo, es muy difícil descartar que

la asociación se dé por azar, dada la alta frecuencia del uso de fármacos en la población.

Los estudios epidemiológicos de comprobación son muy difíciles de realizar y presentan problemas metodológicos para probar relaciones causales y también para descartar responsabilidades. Sin embargo, se puede aseverar que la frecuencia total de malformaciones congénitas de importancia es del 2 ó 3% sobre el total de los nacimientos y la de los defectos menores del 7 al 8%. De todas ellas, menos del 10% está asociado al uso de fármacos durante la gestación, aunque el 65% es de causa desconocida: en estos casos la génesis se supone multifactorial y los factores exógenos –medicamentos incluidos– pueden desempeñar algún papel.

Finalmente, un fármaco con efecto teratógeno débil puede producir anomalías sólo en una proporción pequeña de la descendencia de las mujeres expuestas. Incluso un agente con gran capacidad teratogénica, como la *talidomida*, se expresó en menos de la cuarta parte de las embarazadas expuestas a esa droga.

Consideraciones farmacológicas

Existen dos aspectos a considerar frente a la decisión de administrar un determinado medicamento a una paciente embarazada:

1. Los efectos del uso de fármacos sobre el producto de la gestación.

Es necesario asumir –antes de tomar una decisión terapéutica– que el uso de fármacos durante el embarazo provocará efectos directos sobre la gestación, no para evitarla sino para considerar oportunidad, ecuación riesgo-beneficio, etc.

Debemos tener en cuenta que el embarazo dura aproximadamente 40 semanas y, de acuerdo al período en que actúa la medicación, vamos a ver diferentes efectos.

En la semana que sigue a la concepción, período de huevo, que va de la *fecundación hasta la nidación* –y en la que aún no hay diagnóstico de embarazo–, la respuesta suele ser del tipo «todo o nada». Las cé-

lulas lesionadas se reemplazan por otras indiferenciadas, y el embarazo continúa normalmente o se pierde.

Desde la segunda semana posconcepcional hasta la novena o décima –*período de embrión*– en que se produce la organogénesis, el daño de algunos fármacos se manifiesta por las malformaciones. Los daños más graves suelen terminar en aborto y los otros determinan teratogénias.

La bibliografía consultada recomienda ser muy cuidadoso al administrar medicación en el primer trimestre del embarazo. En general sugiere evitarla, a menos que se espere que el beneficio a obtener sea suficientemente mayor que el riesgo teórico. En este caso, insiste en la importancia de utilizar la menor dosis eficaz.

Durante el *período fetal* –segundo y tercer trimestre– no pueden producirse malformaciones importantes, pero los fármacos pueden alterar el crecimiento y desarrollo funcional del feto. Las manifestaciones no son tan dramáticas y están asociadas a modificaciones del tamaño corporal o de algunas funciones.

La FDA ha clasificado en 5 categorías las drogas administradas durante el embarazo:

- A) drogas que con seguridad *no producen efectos indeseables* y que se pueden utilizar con toda tranquilidad
- B) drogas que *no producen teratogénesis en el animal* de experimentación y *no hay informes de alteración en la embarazada*
- C) drogas que *presentan casos de efectos indeseables en animales* de experimentación pero *no hay informes de alteraciones en la embarazada*
- D) drogas que *producen efectos indeseables en el animal de experimentación y en la mujer embarazada*. Se acepta su utilización en casos excepcionales
- E) drogas *contraindicadas en el embarazo* ya que sus efectos teratogénicos han sido suficientemente comprobados

El concepto de la barrera placentaria

Más que un concepto, es un mito: *la placenta no es barrera*. Casi todos los fármacos que entran en la circulación materna –salvo los de gran peso molecular– pasan

a través de la placenta por difusión pasiva, difusión facilitada o por transporte activo.

Las drogas llegan a través de la vena umbilical, lo que descarta la variante de absorción, y aunque el hígado fetal puede oxidar algunos medicamentos (Vg.: *clorpromacina*), este mecanismo es de pequeña magnitud.

2. Los cambios fisiológicos en la mujer embarazada que afectan la farmacocinética de las drogas.

Hasta no hace mucho tiempo atrás se pensaba que la mujer embarazada tenía las mismas características que la mujer no embarazada. Hoy sabemos que las modificaciones fisiológicas del embarazo producen lógico impacto sobre la farmacocinética de las drogas:

Absorción: hay una disminución del vaciamiento gástrico y del tránsito intestinal por una disminución de la progesterona, lo cual determina una disminución de la absorción y una consecuente reducción de las concentraciones plasmáticas.

Volumen de distribución: en la mujer embarazada el compartimiento plasmático está expandido y la fijación a albúmina disminuida. El volumen de distribución, consecuentemente aumentado, especialmente para algunas drogas como en el caso de la *carbamazepina*, lo que implica que se debe hacer un control de las concentraciones plasmáticas, modificando las dosis y/o acortando los intervalos de administración.

Metabolismo y excreción: en la mujer embarazada los mecanismos enzimáticos tienen un incremento, disminuyendo la vida media del fármaco, fundamentalmente si éste es liposoluble y se metaboliza pos oxidación.

Las sustancias hidrosolubles se excretan por filtración glomerular o por absorción y secreción tubular. La mujer embarazada sufre un aumento importante del flujo plasmático renal y del filtrado, lo cual también determina una reducción del tiempo medio.

En síntesis, vamos a tener una disminución de la absorción con aumento del volu-

men de distribución y reducción de la vida media de la mayoría de los medicamentos administrados durante el embarazo.

Recomendaciones prácticas para el uso de psicofármacos (de acuerdo a cada situación clínica)

Crisis psicótica

En cualquiera de sus formas de presentación, delirio agudo, alucinaciones, excitación psicomotriz o agitación, y se trate o no de una estructura psicótica de base, suele indicarse el uso de un neuroleptico.

El *haloperidol* tiene las ventajas de su presentación parenteral, su disponibilidad en los servicios de guardia y su eficiente acción terapéutica. Si bien se trata de una droga de tipo «D», no se han reportado malformaciones. Su uso excepcional frente a una crisis disminuye aún más el riesgo.

Se han informado, sin embargo, síntomas de toxicidad neonatal por su utilización prolongada durante el embarazo: disminución de los movimientos y del llanto, y dificultad autolimitada para la succión.

Respecto de los *antipsicóticos atípicos*, una revisión bibliográfica aconseja la *olanzapina*, preferentemente por vía intramuscular.

Crisis maníaca

En el puerperio existe la posibilidad de que hasta un 50% de enfermas bipolares haga una crisis maníaca. Ante esta posibilidad es imprescindible evaluar riesgo-beneficio acerca de la conveniencia de sostener la interrupción farmacológica decidida durante el embarazo o bien suprimir la lactancia.

Recordemos que los *anticíclicos* habituales, principalmente el *litio*, están contraindicados, así como también la *carbamazepina* y el *ácido valproico*.

La opción es la utilización de un *neuroleptico atípico* (*olanzapina*, *risperidona*) en combinación con una *benzodiazepina* (sobre cuya utilización nos explayaremos más adelante).

Crisis depresiva

Mucho podríamos debatir respecto del uso de antidepresivos en la mujer embarazada. La FDA, por ejemplo, no ha aprobado aún el uso de esta medicación durante la gestación. Sin embargo, en un estudio de Nulman y colaboradores, de noviembre de 2002, se concluye que ni los antidepresivos tricíclicos ni la *fluoxetina* afectan adversamente el coeficiente intelectual de los niños, el desarrollo de lenguaje ni tampoco el comportamiento. En cambio, el coeficiente intelectual se asoció en forma negativa y de manera significativa con la duración de la depresión en la embarazada. Asimismo –siempre citando el mismo estudio– el tratamiento con antidepresivos tricíclicos o *fluoxetina* durante el embarazo no se asocia con alteraciones cognitivas, del lenguaje o del temperamento de la descendencia en edad preescolar. Por el contrario, la depresión materna sí se asocia con alteraciones del lenguaje o del conocimiento en sus hijos. Estos datos sugieren la necesidad de intervenir farmacológicamente en determinados casos durante el embarazo.

De todos modos, los propósitos de este capítulo se agotan en la emergencia. Desde esta perspectiva *sugerimos evitar los antidepresivos*, apelando a la correcta aplicación de la trílogía ESCUCHAR/CONTENER/ALIVIAR, sin asistencia farmacológica y haciendo la *derivación correspondiente* cuando el caso lo justifique.

Las benzodiazepinas

Es uno de los grupos *más utilizados en la guardia, muchas veces en forma poco apropiada*, ya que en realidad producen más ansiólisis en el médico que en el paciente. No son drogas «holísticas», son simples ansiolíticos.

Hecha esta advertencia, y siempre apelando a la adecuada aplicación de la «fórmula» terapéutica recomendada, elegimos el *clonazepam*, ya que hay ausencia de toxicidad neonatal con dosis de hasta 3,5 mg/día.

Tanto con ésta como con las demás benzodiazepinas, principalmente si es preciso

utilizarlas por períodos prolongados, recomendamos usar las dosis mínimas y vigilar su administración durante el trabajo de parto y el período expulsivo.

Misceláneas

«...*Todo sistema filosófico tiene su cuarto de cachivaches...*» (Scalabrini Ortiz)

✓ Los antidepresivos tricíclicos pueden producir toxicidad neonatal por síntomas anticolinérgicos: obstrucción intestinal y retención urinaria. Asimismo, hay que tener en cuenta la posibilidad de un síndrome de abstinencia en el recién nacido. Exigen un dosaje plasmático frecuente.

Es preferible evitar los IMAO por sus potenciales riesgos teratógenos.

Son los IRSS los que hasta el momento aparecen como más seguros, ya que de 1 600 pacientes evaluados no se han informado malformaciones estadísticamente superiores a las del placebo. Sin embargo se trata de una muestra aún insuficiente.

✓ Es bien conocida la mayor incidencia de malformaciones vinculadas al *litio*. La Enfermedad de Ebstein, por ejemplo, se ha presentado con una incidencia 20 veces mayor que los controles. Otros efectos teratogénicos son bocio, letargia y diabetes insípida.

Es necesario evitar la lactancia si el *litio* debe ser usado en este período. Recordemos que durante el puerperio el *litio* puede desempeñar un papel fundamental debido al alto índice de episodios psicóticos en mujeres bipolares que lo discontinúan.

La *carbamazepina* utilizada en el primer trimestre está relacionada con espina bífida, malformaciones cráneo faciales e hipoplasia ungueal. Algunos reportes la vinculan a polidactilia y alteraciones del cierre ductal. Asimismo, se ha descrito el *Síndrome Carbamazepina* con dismorfismo y retraso mental. Su uso en la lactancia es controversial pero algunos autores la relacionan con hepatotoxicidad. El *ácido valproico* en dosis de 750 mg/día como profilaxis de la ciclación bipolar le da un perfil terapéutico de eficacia. Sin embargo se lo vincula con

hipospadia, acortamiento de los miembros, hepatotoxicidad, hiperbilirrubinemia, hiperglicemia y distrés respiratorio.

✓ No se detecta *clonazepam* en sangre de cordón cuando las dosis diarias son de 0,5-1 mg/día.

Se ha reportado mayor incidencia relativa en la formación del paladar con el uso de benzodiazepinas en el primer trimestre.

Con el uso de *diazepam* en animales de experimentación se observó una mayor frecuencia respecto del placebo de: paladar hendido, retraso madurativo y neoplasias posnatales. Sin embargo, en una evaluación de 550 niños de 4 años de edad que habían sido expuestos intraútero a *diazepam*, no se encontró aumento de malformaciones, del desarrollo neurológico, ni alteraciones intelectuales significativas. El *diazepam* y el *alprazolam* pasan a la leche materna, provocando letargo y disminución de peso en el lactante.

✓ Los antipsicóticos atípicos¹ parecen ser más seguros. Si bien no hay evidencia clínica al respecto, los pocos estudios realizados no informan malformaciones estadísticamente significativas.

Se han descrito, en cambio, síntomas de toxicidad neonatal con típicos y atípicos: agitación, hiperreflexia y temblores.

Para evitar el síndrome de abstinencia neonatal hay que disminuir, y si fuere posible suspender, el antipsicótico, gradualmente dos semanas antes del parto.

Con excepción de la *clorpromacina*, el resto de los antipsicóticos en dosis habituales no están contraindicados en la lactancia.

✓ Una vez tomada la decisión clínica de utilizar un psicofármaco en una mujer embarazada, es importante recordar las particularidades farmacocinéticas de las drogas durante este período, para indicar la dosis y la frecuencia adecuada, recordando que disminuye la absorción, aumenta el volumen de distribución y el metabolismo, por lo que la biodisponibilidad se reduce progresivamente.

En general, es preferible evitarlos durante el primer trimestre y ajustar las dosis en los trimestres siguientes; son convenientes los dosajes plasmáticos. Disminuirlos o suspenderlos gradualmente las dos semanas previas al parto y luego del nacimiento, y observar al recién nacido por los posibles síntomas tóxicos o de abstinencia.

¹ Ver en comparación con los típicos

Bibliografía

- Cristóbal Tenconi J. *Tratado de actualización en psiquiatría*. En: <<http://www.sciens.com.ar>>, Última consulta: 21 de febrero de 2007.
- Hardman JG. *Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica*, 10/E. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2003.
- Herz Luis, Conferencia UBA, 2000. «Psicofármacos en el embarazo desde la perspectiva psiquiátrica.»
- Moizeszowicz J. *Psicofarmacología psicodinámica IV. Actualizaciones 2006*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Nulman I, *et al.* «Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: A prospective, controlled study.» En: *Am J Psychiatry* 2002(nov);159:1889-1895.
- Zabranski Ricardo, Conferencia UBA, 2000. «Psicofármacos en el embarazo desde la perspectiva obstétrica.»

DEMENCIA: GENERALIDADES Y DESCOMPESACIONES

Clide Ascolani

... Cicerón lo ilustró de una plumada:
'No hay un anciano que olvide donde guardó su tesoro'.

Gabriel García Márquez, «Memoria de mis putas tristes».

El síndrome demencial

Entendemos por *demencia* a una afección cerebral adquirida, que produce una alteración en las funciones intelectuales y/o de la conducta, de tal importancia como para *interferir en las actividades cotidianas* e independiente del estado de conciencia.

El punto trascendente de esta definición es el que pone énfasis en la «interferencia en la vida diaria». Esta declinación del nivel funcional del sujeto se resume en: «... ya no es el mismo».

La claridad de la conciencia alude al hecho que el paciente no esté atravesando ninguna condición médica (infección urinaria, deshidratación, enfermedades neurológicas, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias, trastornos metabólicos –hiponatremia e hipoglucemia–, otros) o tóxica (alcohol, drogas, medicamentos u otros).

Estas situaciones alteran las funciones intelectuales y dificultan el diagnóstico.

Debemos tener en cuenta que demencia y alteración de la conciencia pueden coexistir, agravándose el cuadro.

Sin embargo, los episodios de confusión determinados por enfermedades o tóxicos suelen ser agudos, transitorios y reversibles (*delirium*).¹ Dicha entidad no debe entenderse como un diagnóstico, sino como una manifestación de una enfermedad orgánica subyacente y por lo tanto debe ser reconocida –y tratada– en sus primeras fases. Puede tener pródromos entre los que se incluyen obnubilación, pérdida de atención y de memoria, y alteración en el sueño.

Habrá que tener un alto índice de sospecha sobre todo en pacientes de alto riesgo. Entre éstos se encuentran los ancianos en posoperatorio, con historia previa de deterioro cognitivo, con deprivaciones sensitivas y los que estén tomando múltiples medicamentos, sobre todo los anticolinérgicos. Es de destacar el hematoma subdural crónico, denominado «el gran simulador», que puede producir *delirium* sin claros antecedentes

¹ Delirium TMO, Capítulo 7

traumáticos y por accidentes cerebrovasculares isquémicos transitorios o establecidos, sobre todo los localizados en el hemisferio dominante y en el área presilviana.

Clasificación de las demencias

La aparición de las demencias puede ser provocada por diferentes motivos. Debemos distinguir entre demencias primarias y secundarias.

a) *Demencia primaria*: el cerebro es el órgano primariamente afectado. Dentro de este grupo, que aparece en el 90% de los casos, existen las siguientes formas:

- La demencia degenerativa
- La demencia vascular
- La forma mixta

b) *Demencia secundaria*: bajo este nombre se entiende la deficiencia cognitiva, como consecuencia de alteraciones endocrinas, enfermedades metabólicas, hipovitaminosis, etc. Las demencias secundarias aparecen en el 10% de los casos.

Demencia primaria

Demencia degenerativa

Dentro de las formas de demencia degenerativa, la demencia de tipo Alzheimer (DTA) es la más frecuente. De todos los pacientes con demencia, entre un 50 a 60% sufre una DTA.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad están el ser mujer, tener un familiar de primer grado con el trastorno o tener una historia de lesión craneoencefálica.

La DTA se caracteriza, desde el punto de vista *morfológico*, por la presencia de atrofia en determinadas áreas del cerebro y una acumulación de proteínas patológicas que constituyen la sustancia amiloide.

Se inicia solapadamente y se caracteriza —desde el punto de vista de su evolución— por su carácter progresivo. La DTA tiene un curso devastador para el paciente y su familia, con un coste económico-social

que aumenta a medida que se engrosa el porcentaje de la población geriátrica. Un dato a tener en cuenta desde el punto de vista epidemiológico es la observación que aquellos pacientes que ingieren regularmente drogas antiinflamatorias presentan una reducida prevalencia de DTA. Estas drogas incluyen a los antiinflamatorios no esteroides. Se ha observado también que los pacientes con DTA tienen bajos los niveles de ácido fólico, el cual desempeña un rol importante en el neurodesarrollo y en la mantención e integridad del SNC durante toda la vida.

Con respecto a la *clínica del DTA*, el paciente generalmente no se da cuenta o tiene una conciencia parcial de la pérdida gradual de sus funciones cognitivas. Cuando la conciencia de enfermedad se conserva parcialmente, el sujeto se inquieta o se deprime, llegando en algunos casos al suicidio. A continuación describiremos las sintomatologías relevantes.

Alteraciones en la memoria. Tienen por característica dos aspectos: pérdida de la capacidad de aprender nuevo material y olvido de lo ya aprendido. La memoria de hechos pasados se va borrando lentamente, hasta olvidar la historia personal, familiar, etc.

Alteraciones del lenguaje. Ocurren tanto en su comprensión, como en su emisión. La dificultad para encontrar la palabra adecuada, para señalar un objeto o comunicar un concepto, se designa como *anomia*. Ésta se manifiesta fundamentalmente en el uso de los sustantivos. Se observa también, la creciente aparición de la repetición de temas, frases o palabras; el discurso se torna superficial y vacío de contenido. En los estados más avanzados, aparecen los neologismos (palabras nuevas en reemplazo de las adecuadas), la ecolalia (repetición reiterativa de una sílaba o palabra), la logoclonia (repetición de la sílaba final de una palabra), sonidos guturales, hasta el mutismo completo.

Alteraciones de la ejecución motora (apraxias). Dificultan significativamente las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, cocinar.

Alteraciones témporo espaciales. El paciente expresa extrañeza en lugares familia-

res; en etapas más avanzadas, se desorienta aun en su propia casa, luego en la calle. Aparecen fenómenos como vagar por la casa caminando incesantemente (*pacing*) y fuga del hogar vagando sin meta (*wandering*).

Alteraciones sueño-vigilia. El ritmo circadiano se altera con insomnio pertinaz y momentos en que se duerme durante el día. Puede aparecer el síndrome vespertino (*sundown syndrome*) con confusión marcada.

Alteraciones neurológicas. En los últimos estadios de la DTA puede observarse incontinencia de esfínteres, posturas flexoras, postura fetal y presencia de reflejos primitivos (succión, hociqueo, etc.)

Alteraciones de la conducta. Insultos, agresiones, mal manejo del dinero, hipersexualidad se van acentuando con el progreso de la enfermedad.

Síntomas depresivos. Algunas de las depresiones que aparecen por primera vez en la población geriátrica podrían ser un síntoma preclínico de la DTA. La depresión es más común en fase inicial o intermedia y se caracteriza por la presencia de llanto, irritabilidad, abulia, apatía, etc.

Síntomas psicóticos. Se presentan entre un 30-50% de las DTA. Ocurren en etapas intermedias o avanzadas. Las alucinaciones visuales son las más frecuentes, aunque pueden presentarse también las auditivas. Los delirios de persecución junto a la visualización alucinatoria de ciertas escenas complejas, pueden atemorizarlos, divertirlos o concluir en una excitación psicomotriz. Son frecuentes las acusaciones de robo dirigidas a sus familiares y vecinos, quejas por envenenamiento de lo comida, etc.

Demencia vascular

La demencia vascular es el grupo más numeroso de las encefalopatías arterioscleróticas subcorticales, la angiopatía cerebral amiloide y los infartos múltiples corticales y subcorticales.

La demencia vascular tipo multiinfarto es menos común que la DTA y es más frecuente en hombre que en mujeres. El inicio típico es entre 50-60 años de edad, dependiendo de la naturaleza de la lesión. Es generalmente abrupta, con síntomas desde leves a severos, que se corresponden con la localización y tamaño del infarto o hemorragia.

En algunos pacientes las manifestaciones clínicas se presentan con déficit típico de la memoria a corto plazo, labilidad emocional, alteraciones témporo-espaciales. Los pacientes pueden estar irritables, depresivos y agitarse. También suelen presentar delirios de culpabilidad o nihilísticos.² Los intentos de suicidio son frecuentes, pudiendo ser particularmente severos, cruentos y crueles. En el curso de la enfermedad pueden aparecer delirios y alucinaciones de contenido persecutorio.

Demencia mixta

En menor porcentaje, aparecen las demencias de forma mixta, ésto es vasculares y degenerativas, comunes en la edad avanzada.

Demencia secundaria

Entre las principales causas que la generan, citaremos:

- Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Alteraciones del ritmo cardíaco
- Hiperparatiriodismo
- Uremia crónica, cirrosis hepática
- Carencia de ácido fólico y vitamina B12
- Intoxicaciones por tóxicos industriales
- Intoxicaciones por medicamentos
- Alteraciones electrolíticas
- Hematoma subdural crónico
- Corea de Huntington
- Tumores cerebrales
- Esclerosis múltiple
- Alcoholismo crónico

² Nihilista: forma de delirio en el que se niega la propia existencia o la de un órgano, que en su forma más grave se denomina *delirio de Cottard*. Stingo N R. *Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense*. Buenos Aires: Polemos, 2006.

Resumen etiológico del síndrome demencial

Degenerativa

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de cuerpos de Lewy
- Enfermedad de Parkinson
- Complejo de Guam: demencia-ELA-Parkinson
- Parálisis Supranuclear Progresiva
- Enfermedad de la neurona motora
- No-Alzheimer frontal
- Enfermedad de Hungtington
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Hallvorden-Spatz
- Enfermedad de Wilson
- Leucodistrofia metacromática
- Talámica idiopática
- Calificación idiomática de los ganglios basales

Vascular

- Multiinfarto
- Enfermedad de Binswanger
- Angiopatia amiloidótica familiar
- Poliarteritis nodosa

Posencefalopatía

- Pugilística-Postrauumática
- Pos anóxica
- Monóxido de carbono
- Hemorragia subaracnoidea

Infecciosa

- Complejo Sida-Demencia
- Enfermedad de Jacob-Creutzfeldt
- Encefalitis por herpes simple
- Meningitis bacteriana o fúngica
- Neurosífilis
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Tóxica

- Relacionada con el alcohol
- Metales pesados (Pb – Mn – Hg)

Procesos expansivos

- Hematoma subdural crónico
- Neoplasia craneana primaria o metastásica

Endocrino-metabólica

- Hipotiroidismo
- Deficiencia de Vitamina B12
- Deficiencia de Folato

Otras

- Hidrocefalia a presión normal
- Epilepsia
- Enfermedad de Whipple
- Síndrome de Behçet
- Lupus eritematoso sistémico
- Sarcoidosis cerebral

Tratamiento de las urgencias producidas por el síndrome demencial

Urgencias de la demencias Motivos de consulta más frecuentes

- Agitación psicomotriz
- Irritabilidad
- Auto y heteroagresividad verbal y/o física
- Alteraciones sensoriperceptuales
- Transtornos del sueño con agitación
- Vagabundeo
- Inhibición psicomotriz (mutismo, negación a recibir alimentos y falta de aseo personal)
- Euforia

Estrategias conductuales recomendadas para la agitación y la agresividad

- Intervenir cuanto antes
- Alejar al paciente de situaciones o individuos que le resulten provocadoras
- Abordarlos con calma y por delante
- Emplear posturas no amenazantes

- Distráer a la persona, ir a otra sala, cambiar de actividades; dejar la situación en suspenso

Abordaje farmacológico

Cuando las intervenciones conductuales no bastan, se impone la medicación. Habrá que considerar la farmacocinética geriátrica en cuanto a absorción, distribución, eliminación, neuroquímica y cambios cerebrales seniles.

Debemos conocer los fármacos ansiogénicos para evitar las interacciones con:

- Estimulantes: cafeína, anfetaminas, etc.
- Antiinflamatorios: corticoideos y no corticoideos
- Aminofilina
- Epinefrina
- Anticolinérgicos
- Antidepresivos
- Situaciones de abstinencia al alcohol, tabaco y psicofármacos

Antipsicóticos clásicos o típicos

- *Haloperidol*. Su eficacia, seguridad y manejo lo indican como un fármaco de gran utilidad. Sus presentaciones en solución oral y también parenteral, facilitan su administración. Una pauta de inicio eficaz puede ser la administración de 10 a 20 gotas (1,5-2 mg) en dosis única e ir aumentando, según necesidad, hasta un máximo de 30-35 gotas. La limitación de su uso en los pacientes con demencia está determinada por la frecuente aparición de efectos extrapiramidales.
- *Clorpromazina*, *levomepromazina* y *tioridazina*. Hasta hace unos años, fueron neurolepticos muy utilizados en el tratamiento de las patologías psiquiátricas de la demencia debido a su poder sedativo. No obstante, hoy día, son fármacos de segunda o tercera elección, por sus efectos adversos de tipo anticolinérgico y las posibles consecuencias de la hipotensión ortostática. Actualmente, se restringe el uso a la *levo-*

mepromazina comenzando con dosis de 2 mg, vía oral, hasta alcanzar un máximo de 25 mg/día, aunque también se está reconsiderando la aplicación de la *tioridazina*.

Antipsicóticos atípicos

En general, presentan una menor incidencia de efectos extrapiramidales y anticolinérgicos, relativa eficacia y buena tolerabilidad.

- *Zuclopentixol*. Es potente y produce una sedación rápida; sin embargo, está limitado por sus intensos efectos extrapiramidales y la alteración del estado de alerta. La dosis recomendada en estos pacientes es entre 5 y 10 mg/día, pudiendo fraccionarse con la presentación en solución oral.
- *Clozapina*. Posee una elevada eficacia y es útil en pacientes que no responden a neurolepticos clásicos. El bajo potencial extrapiramidal hace que pueda ser un fármaco de primera o segunda elección en pacientes parkinsonianos. Su gran limitación es la posibilidad de producir agranulocitosis, que obliga a controles sanguíneos regulares y frecuentes.³ Las dosis útiles en estos casos, varía entre 25 y 100 mg/día.
- *Olanzapina*. Neuroleptico atípico de perfil sedativo. Eficaz en dosis entre 2,5 y 10 mg/día, en una única administración nocturna. Por su escasa actividad extrapiramidal es útil en pacientes con demencia por Enfermedad de Parkinson y otras subcorticales.
- *Quetiapina*. Dentro del mismo perfil que la *clozapina*, pero sin sus efectos secundarios, está especialmente indicada en pacientes con componente extrapiramidal o que no responden a otros antipsicóticos atípicos.
- *Risperidona*. El margen terapéutico es amplio y se puede iniciar el tratamiento con dosis de 0,25 mg hasta un máximo recomendado de 3 a 4 mg/día. Sus efectos adversos consisten en sedación o agitación paradójica y síntomas extrapiramidales.

Los ancianos tienen disminuida la función hepática y ésta determina el *tiempo medio* de las benzodiazepinas que se metabolizan por oxidación o por reducción, es-

³ «Se interrumpirá el tratamiento con clozapina si el recuento de leucocitos es menor a 3000/mm³ o el recuento de neutrófilos es menor a 1500/mm³.» Stagnaro JC. *Diccionario de Psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Polemos, 2001. pág. 303.

tando más preservado que las que se conjugan directamente con glucurónico.

Se prefieren en los ancianos, las benzodiazepinas de tiempo medio corto, comenzando con la mitad que usaríamos en un adulto joven, para luego titular la dosis.

alprazolam	vida $\frac{1}{2}$	9-20 horas
lorazepam	vida $\frac{1}{2}$	8-22 horas
bromazepam	vida $\frac{1}{2}$	8-24 horas

Tratamiento de la inhibición psicomotriz

En los ancianos, los trastornos psiquiátricos que pueden determinar la presencia de un cuadro de inhibición psicomotriz, negativismo, autismo, etc., incluyen los siguientes:

- Estado depresivo mayor
- Depresión mayor con rasgos psicóticos
- Depresión del bipolar
- Depresión de los procesos demenciales.

A su vez, muchas enfermedades físicas pueden ir asociadas a la presencia de cuadros depresivos intensos y llegar hasta el negativismo. Mencionaremos a continuación las causas más comunes en los ancianos:

Producida por fármacos

- Reserpina
- Metil-dopa
- Levo-dopa
- Corticoesteroides
- Benzodiazepinas
- Neurolépticos

Trastornos endocrinos

- Diabetes Mellitus

Tumores

- Carcinoma de páncreas y pulmón
- TM cerebrales

Trastornos neurológicos

- Esclerosis múltiple
- Hematoma subdural
- TM frontales
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Huntington
- Demencias

Trastornos de la nutrición

- Insuficiencia Vitamina B12
- Anorexia de los ancianos

Alteraciones electrolíticas

- Hiponatremia
- Hipocalcemia
- Hipercalcemia

Los pacientes ancianos con cuadros depresivos graves deben ser objetos de una historia clínica minuciosa, examen físico, exploración del estado mental y pruebas básicas de laboratorio. Una causa orgánica importante que suele pasarse por alto y tratarse poco, son los cuadros depresivos profundos que se presentan después de una apoplejía.

Evaluación del potencial suicida⁴

Es importante indagar al paciente, a familiares, a los cuidadores, sobre la presencia de ideación suicida. La tasa de suicidio en hombres aumenta con la edad y es alta en la edad avanzada.

La tentativa de suicidio (TS)

El intento de suicidio en los ancianos suele presentarse con características particulares. Generalmente son «no programados» y con modalidades crueles, como ahorcamiento, utilización de armas blancas, envenenamiento, ahogo por inmersión.

La TS en los gerontes, *implica criterio inminente de hospitalización en instituciones especializadas.*

⁴ Ver capítulo sobre 'Suicidio'

Psicofármacos en ancianos

Aplicación y riesgos

La presencia de los cuadros antes mencionados debe ser cuidadosamente tratada en los ancianos. Ante la presencia de pérdida de peso, deshidratación, postración, negativismo, como mencionamos antes, deberán descartarse las causas médicas. Tomadas las medidas terapéuticas pertinentes como hidratación, compensación metabólica, etc., se aconseja el abordaje especializado que determine la terapéutica psicofarmacológica. El uso de antidepressivos en los ancianos que cursan un cuadro demencial debe considerarse con sumo cuidado.

A continuación se describen las moléculas de elección, sin embargo, el delicado equilibrio que supone mejorar el humor del anciano y la posibilidad de provocar efectos tales como agitación o excitación, implica un limitado rango en la elección de las mismas.

Los clásicos antidepressivos tricíclicos tales como *imipramina*, *clorimipramina*, *amitriptilina*, *nortriptilina*, tienen efectos adversos importante sobre todo en la conducción cardíaca. De ellos, los de mayor tolerancia en ancianos son:

- *Nortriptilina*, 10 mg/día hasta llegar -en caso necesario- a 30 mg/día
- *Imipramina*, 100 mg/día

Es preciso realizar *control cardiológico* antes de indicar estas moléculas.

Actualmente, se prefiere el uso de antidepressivos de nueva generación; entre los más indicados para esta población, citamos:

Inhibidores selectivos de la recaptación 5HT y NA

- *Venlafaxina*
- *Milnacipram*

Bloqueadores de los Receptores 5HT_{2A} - NA₃ y α_2

- *Mirtazapina*

Inhibidores selectivos de la Recaptación de 5HT (serotonina)

- *Sertralina*
- *Paroxetina*
- *Citalopram*
- *Escitalopram*

- *Fluoxetina* (limitado su uso a la depresión pos ACV)

Conclusiones

La urgencia en el paciente con demencia implica toma de decisiones que abarcan desde situaciones sociales, familiares, económicas, hasta la contención adecuada y los diversos tratamientos a los que nos hemos referido.

Una vez resuelto el episodio agudo, es importante evaluar el tratamiento de sosten con la adecuada participación de las distintas disciplinas, médico de cabecera, neurólogo, psicólogo, psiquiatra, asistente social, etc.

Es de vital importancia la oportuna información al entorno del paciente destinada a evitar desajustes conductuales. Por ello, describiremos brevemente algunas pautas dirigidas a familiares, cuidadores y allegados:

- Evitar, en la medida de lo posible, discusiones con terceros en presencia del paciente sobre temas que lo involucren.
- Recordar que los pacientes suelen presentar dificultades en la comunicación verbal; en consecuencia, habrá que observar disimuladamente sus gestos y acciones.
- Evitar personalizar las acusaciones de robo, agresiones, etc., que pueda manifestar en algún momento. No intente argumentar defensa o rebatir, ya que puede ocasionar una reacción violenta.
- Dar órdenes simples, breves y claras.
- No administrar sin supervisión médica fármacos para «calmar al paciente» ni modificar las dosis prescritas.
- Tratar de disponer de ambientes adecuados, seguros, sin sobreestimulación (ruidos intensos, música a elevado volumen, etc.) ni realizar cambios de habitación, muebles, etc.
- Los cambios de hábitat, temporarios o definitivos, suelen desencadenar crisis relevantes. Consultar con los profesionales antes de ejecutarlos.

La difusión de esta problemática, la presencia de grupos de autoayuda, los diagnósticos precoces, la estimulación cognitiva,

el abordaje multidisciplinario, la aparición de moléculas que mejoran la evolución y la calidad de vida, las constantes investigaciones genéticas y los estudios complementarios de alta complejidad entre otros elementos, concurren para que sea posible tener una expectativa distinta ante esta devastadora enfermedad.

Bibliografía

- Abiusi G., Mut A. y Vaccaro L. «Demencias, Neuroimágenes, Tratamiento Farmacológico.» XLII Congreso Argentino de Neurología, Rosario, Argentina, 2005
- Bagnati P; Allegri R; Kremer J; Taragano F. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: Polemos, 2003
- Fernández Labriola R y J Marquet. *Introducción a la Psiquiatría Molecular, parte 2: Demencias*. Buenos Aires: Gabas, 2001

Laura Fernández Lamothe

La infancia es entrañable y absoluta.

Ernesto Sábato, «La Resistencia».

Introducción

En este capítulo mencionaremos algunos puntos que puedan orientar al médico general cuando es demandado para intervenir durante una crisis familiar. Vamos a referirnos a ciertas características de la dinámica familiar que procure mayor disponibilidad de recursos eficaces.

En primer lugar estableceremos las diferencias de las bases epistemológicas de las disciplinas que nos ocuparemos, como así también la delimitación de cada objeto de estudio. Sin profundizar acerca de los modos de conocimiento, creemos que es necesario realizar esa distinción para establecer un puente de diálogo entre la salud (*orgánica?*) y la salud mental. Puente, cuya base se ha comenzado a construir hace años y donde estos capítulos son el producto de esos intentos.

A partir de aquí podemos introducirnos en temas que nos interesa jerarquizar, como el *valor de la palabra*, especialmente la del médico y cómo está condicionado ese valor por los lugares que determina el contexto familiar y cultural. Seguiremos con el con-

cepto de crisis y sus consecuencias, temas y expresiones habituales cuando una familia consulta, que son características relevantes para tener en cuenta en una entrevista.

La pregunta que motiva estos capítulos circula alrededor de cuáles son las posibilidades de intervención de un médico en una situación de crisis y si es posible contar con mayores recursos para operar en esas circunstancias. La intervención oportuna en la familia es fundamental, y puede facilitar u obstaculizar la consulta al especialista en salud mental.

Aunque cada vez más las familias realizan consultas espontáneas a especialistas, es cierto que aún la mayoría acude, en primera instancia, a su médico de confianza y esa consulta se realiza en plena crisis. De lo que se trata es que el profesional pueda contar con instrumentos que hagan eficaz su intervención y para ello es preciso que posea una perspectiva que difiere, en algún punto, de la lectura médica.

El modelo médico provee al profesional de una estructura de conceptos que posibilita un determinado tipo de conocimiento,

basado en la causalidad lineal, que puede ser uni o multicausal. Este modo de pensamiento lo condiciona para leer los síntomas como producto de una patología, producto de causa o causas, que deben ser halladas para diagnosticar y arribar así a la terapéutica adecuada. Ésta es la base de los malentendidos entre los médicos y los trabajadores de la salud mental. La formación en ciencias médicas no tiene los recursos conceptuales para realizar una relación causal que le posibilite un tipo de construcción de diferente complejidad, la que se hace necesaria cuando están en juego los procesos psíquicos y las relaciones intersubjetivas.

La medicina tiene un objeto de estudio diferente al de las psicologías y el psicoanálisis. A partir de allí no es posible recurrir al mismo recurso epistemológico. Cada objeto de estudio en cada disciplina, construye —al mismo tiempo que se construye a sí mismo— el referente epistemológico que le es propio. De este modo, la terapia familiar construye un objeto de estudio bastante disímil, que no involucra un sujeto, sino varios y lo que se propone estudiar son las relaciones entre ellos. El objeto de estudio es la relación familiar, el entrecruzamiento de relatos, la compleja trama que se construye cuando los humanos se relacionan con otros. Hace falta mencionar esta diferencia para conocer desde qué lugar habla cada especialista, cuáles son las características de su objeto y de sus referentes y así intentar reducir, en lo posible, ciertos malentendidos.

La terapia familiar ha tomado como propios los referentes epistemológicos de la cibernética de segundo orden y la organización compleja. Estos conceptos nos conducen a una posición bien distinta que entra en colisión con la perspectiva newtoniana, con el mito de la objetividad, la causalidad lineal característica de la modernidad del siglo XIX, todos referentes epistemológicos de la medicina.

Si podemos pensar los procesos como un trabajo del que emerge un producto, entendiendo este producto como efecto de una dinámica determinada y que ese producto a su vez afecta a esa dinámica, afecta a las condiciones de producción que le die-

ron lugar, estaríamos ante un pensamiento recursivo. De modo que bajo esta concepción, un síntoma no es sólo producto sino productor de las condiciones que hicieron posible su emergencia. Este síntoma se expresa en un miembro de la familia o entre varios, y encuentra un sentido en relación a la dinámica familiar.

Con estos recursos conceptuales podemos apreciar que lo que puede decir alguien autorizado en el contexto de una familia, influye (positiva o negativamente) en la dinámica misma. Esta influencia muchas veces sostiene el síntoma de manera inadvertida e involuntaria. Así también, cuando el profesional intervenga tendrá influencia que condicionará, en alguna medida, el desarrollo de la enfermedad. Dar un diagnóstico, muchas veces lejos de colaborar positivamente, debilita la expectativa que hace falta poner en cualquier trabajo de psicoterapia. Como sabemos, las palabras son polisémicas, pueden tener diversas interpretaciones. Depende de cómo se interprete el diagnóstico que será la calidad de su influencia. Algunos son interpretados como mortales, otros como incurables cuando no lo son. Estas significaciones no favorecen el desarrollo terapéutico porque nosotros trabajamos con la palabra.

La recuperación o mejoría de un paciente depende, en mayor o menor medida, de su trabajo activo, se necesita una cuota de esperanza en el paciente y su familia para comenzar a trabajar. La psicoterapia es una promesa que se co-construye a través de las sesiones y para que se produzca esa co-construcción cooperativa es necesario creer que se va a obtener algún beneficio, lograr una mejoría, un alivio. Sin esa expectativa no se puede sostener una terapia. El material con que puede trabajar el terapeuta surge de la producción de los pacientes. Si los pacientes no tienen esperanza, no hay promesa, no hay con qué trabajar.

No sucede esto en medicina, dar el diagnóstico de una enfermedad no afecta al desarrollo de la misma, ni su mejoría o curación. Es necesario estar advertido de este aspecto porque en muchas ocasiones no se obtiene el resultado esperado cuando se da una indicación. Suele suceder con

los adolescentes que son insistentemente cuestionados por sus padres y consultan a médicos, pediatra o clínico, para hallar alguien que lo haga «entrar en razones». Si el adolescente interpreta en alguna medida que el médico piensa igual a los padres es posible que presente resistencia a realizar la consulta.

Debemos considerar otro ingrediente ligado al anterior. La carga de marginación y discriminación que padece un sujeto cuando el diagnóstico ha sido tratado como cualquier diagnóstico. En salud mental, los diagnósticos y los informes son una cuestión muy delicada porque, como hemos dicho antes, afectan el desarrollo mismo de la patología.

Podríamos pensar que cuando se registran expresiones que son significadas como síntomas, es un buen momento para consultar. Podría decirse que algo del orden se ha subvertido, lo que conduce inevitablemente a una crisis.

¿Cuándo una familia está en crisis?¹

El indicador por excelencia son los grados de malestar. Salvo excepciones, cuando alguien realiza una consulta, es que está en crisis. El malestar ha trepado a cierto límite que se coloca más allá de lo que se puede tolerar. Ese límite no responde a una norma universal, está en relación al caudal de malestar que está dispuesto a experimentar un sujeto (y la familia) en su vivir.

Las crisis sobrevienen cuando el orden familiar se ve cuestionado, perturbado, y en este desordenarse se halla la oportunidad para el cambio. De hecho, las llamadas «crisis evolutivas» son los episodios esperados que a través de la vida, una familia y sus miembros transitan en el devenir de la misma.

Una familia, en el transcurso de la vida produce transformaciones necesarias para el desarrollo de sus miembros y para seguir

siendo una familia; por ejemplo: los cambios que deben hacer los padres cuando los hijos llegan a la adolescencia, cambiar el modo de poner límites, hacer acuerdo con los límites, comprometerlos con su madurez, etc.

Cuando hablamos de crisis familiar no nos referimos a las crisis evolutivas, sino a aquellas con manifestación de síntomas que requieren atención específica, aquellas que habitualmente al médico general —en primera instancia— demandan.

Nos interesa considerar a una familia en crisis como un grupo humano que está ante la oportunidad de producir las transformaciones que le hacen falta para mejorar su calidad de vida. El desorden de la crisis evidencia que lo que los ordenaba ya no se puede sostener y es necesario generar otro orden. Cuando este movimiento no se realiza es posible que se establezca determinada sintomatología, agudizando la crisis a medida que el tiempo transcurre, produciendo ciclos en los que aumenta el malestar y la gravedad de los síntomas.

Por las características de nuestra sociedad, existe una tendencia bastante marcada a buscar culpables. Cuando una familia entra en crisis, cuando su malestar se incrementa, cada uno de los miembros, con mayor o menor intensidad, intenta hallar una explicación con la intención de aliviarse. El camino más corto es culpar a alguien o a alguna circunstancia, como causa del mal que les aqueja. Algunos padres se culpan a sí mismos, aunque no lo expresen, y muchas veces esta culpabilidad es tan intensa que dificulta las posibilidades de promover transformaciones y, en consecuencia, la de realizar una consulta oportuna.

Si el médico general no advierte este aspecto y queda atrapado en los circuitos de la culpa-causa, su palabra puede perder efectividad.

El objetivo de la terapia familiar es que cada uno de los miembros de la familia se haga cargo de su vida como protagonista de la misma. Esto trae como efecto el alivio del malestar.

¹ Crisis:

a) Cambio importante en el desarrollo de un proceso que da lugar a una inestabilidad, Diccionario Espasa Calpe, 2001

b) Cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente, Dic. RAE, 2001

El hacerse cargo lo hace responsable de lo que le sucede más allá de las circunstancias. La responsabilidad –lejos de culparlo– evidencia que su vida está en sus manos, que el problema no está en los otros o en las circunstancias. El problema no está en lo que «le hacen» sino en qué «hace» con lo que le hacen y de qué manera construye su vida. Así, el lugar en el que uno se sitúa para construir su realidad es fundamental. Si no nos hacemos cargo de nuestra responsabilidad y se la cargamos a otro, nos quedamos impotentes a merced de los otros, en posición de víctima, concibiendo la relación entre los sujetos con el par víctima-victimario. Pero si por el contrario, nos hacemos cargo de nuestra responsabilidad, nos damos cuenta de que podemos intervenir en los acontecimientos como protagonista de esa historia. Las consecuencias son bien diferentes. La pasividad de la primera posición incrementa la angustia, la impotencia y la agresividad. La manera de interpretar el problema construye un callejón sin salida o con alguna salida de difícil acceso.

Algunas familias contienen operaciones de una u otra posición en sus modos de transmitir los conflictos y son transmitidos de una generación a otra. Si el modo es elusivo, acusador, autopunitivo, existen mayores posibilidades de no vislumbrar alternativas viables de alivio. La mayoría de las familias consulta ante estas circunstancias. Si por el contrario se afrontan los conflictos, haciéndose cargo cada uno y el diálogo se puede instalar para intercambio de ideas, entonces aumentan las posibilidades de construir un camino con salida viable.

Lo que nos hace responsables no nos hace culpables. Paradójicamente, cuanto más intenso es el sentimiento de culpa menos responsabilidad se evidencia y, por lo tanto, menos disposición para el compromiso que hace falta para recuperarse cuando la familia está en crisis.

Muchos padres se resisten a la consulta de familia porque suponen que van a quedar expuestos a una acusación. Después de

la primera entrevista generalmente esta suposición se disipa.

La psicoterapia propone algunos referentes que posibiliten la construcción de alternativas que desbloqueen los callejones sin salida.

La tentación de culpabilizar no es exclusiva de los pacientes y su familia. Se puede leer en algunos autores, después de la mitad del siglo pasado,² que ciertas teorías psicológicas hallaron la causa-culpa en las relaciones parentales, como los trabajos en Palo Alto³, donde situaron a la madre interviniendo activamente en episodios de descompensación esquizofrénica de su hijo. En una lectura ligera y superficial es posible suponer algo así pero, al realizar un análisis más detenido de esa estructura parental, se evidencian ciertas características de la pareja en la cual el hijo ocupa un lugar condicionado por esa relación.

De modo que una sugerencia para el médico es aliviar esa culpa, sin minimizar la gravedad que tenga la crisis y los síntomas.

Conclusiones

Algunas de las preguntas que suele formularse el médico son: ¿cuándo confiar y cuándo no, en lo que dice la familia?, ¿cuándo hay contención?, ¿hay negación u ocultamiento de la patología?, ¿cuáles son los riesgos?, ¿cómo evaluarlos?

Cuando la sintomatología de un paciente es grave (intentos de suicidio, consumo de drogas, trastornos graves de alimentación, pasividad extrema, falta de proyecto) podemos pensar que estamos ante una familia con serias dificultades para lidiar con los conflictos, que ha perdido la confianza, que no puede contener y donde ha habido, y todavía existe, cierto grado de negación de la patología.

Confiar se puede cuando no está en riesgo la vida. Las psicopatologías mencionadas son patologías de riesgo; si las relaciones familiares están deterioradas y también la confianza mutua, ha habido

² Siglo XX

³ California, EE UU

mentiras, ocultamiento y traiciones, no es muy viable que la familia pueda ser contenedora. Uno de los objetivos de la terapia es que la familia logre esa contención.

Cuando una familia puede confiar en sus relaciones afectivas, sus miembros se contienen mutuamente; el ocultamiento y la negación de la patología es mínima, y no se llega a crisis tan extremas con sintomatologías graves.

Hay un aspecto fundamental que se registra en todos los niveles de análisis: es el que se manifiesta a través de los límites, pero que los excede. La posibilidad de sostener los límites implica un proceso complejo al que no todas las familias arriban.

Cuando se funda una familia, las bases están sentadas en las características de cada uno de los miembros de la pareja y en cómo se construyó esa relación entre ambos. La relación se va gestando y fortaleciendo a medida que el tiempo transcurre.

El proceso que se expresa a través de los límites ya está contenido en la relación misma. Es clave para la constitución subjetiva e intersubjetiva de ambos padres. Si

ellos no han podido soportar la frustración de «no poder», difícilmente puedan transmitirlo a sus hijos.

El límite implica no sólo decir que no, sino sostenerlo con coherencia en el tiempo. Una de las funciones parentales es privar al niño, contener su bronca, soportar el propio dolor y aceptar la renuncia que implica el límite. Estas frustraciones realizadas en un contexto amoroso los proveen de recursos para lidiar con las vicisitudes de la vida. Si este proceso no se realiza, no es posible que un niño construya su *independencia*.

El ser humano comienza a construir su *autonomía* desde el día en que nace y va adquiriendo grados de ésta a medida que su maduración física y psíquica se lo posibilitan. Cuando esta operación es deficiente, los integrantes de una familia tienen dificultades para realizar lecturas de la realidad a partir de la cual orientar la construcción de su vida. La distorsión de la realidad va más allá de los límites habituales.

La posición del médico es un lugar privilegiado para orientar a una familia en el momento adecuado.

Bibliografía

Bateson G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlét, 1985.
 Fernández Lamothe L. *Lugares familiares*. Rosario: UNR Editora, 1995.
 Goolishian H. «Narrativa y self.» En: Schnitman DF *et al.* *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1994.

Maturana H. *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: Pedagógicas Chilenas, 1990.
 Morin E. *El método. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Cátedra, 1988.
 Najmanovich D. *El juego de los vínculos*. Buenos Aires: Biblos, 2005.

Juan Marchetti
Graciela Moset

...Un dolor tan comedido como este, a fin de dibujar la velada figura de Mamá entrando a formar parte de lo convencionalmente elegiaco. No. El dolor es verdadero, siempre lo será, pero no debe ser enloquecedor.

Derek Walcott, «La Sobreabundancia».

Violencia y maltrato: generalidades

Un fenómeno característico de nuestro tiempo, por su extensión y gravedad, es la *violencia* como modo privilegiado de la resolución de los conflictos tanto individuales como sociales; sus manifestaciones diversas ocupan el amplio espectro de la cotidianidad, sin distinción de clases ni de razas. Sus expresiones, con fuerte tono irracional, nos llegan tanto desde los ámbitos públicos como de los privados, ocupando los primeros lugares de preocupación del discurso político en la escena social. Es un hecho innegable que hay cada vez más violencia y formas más graves de violencia penetrando mayores espacios, tanto de la vida individual como colectiva, que se generalizan no sólo en la geografía social sino en la diversidad etaria: desde los hechos sorprendentes de violencia en las instituciones escolares hasta los reiterados maltratos a personas ancianas y discapacitadas. Lo violento interroga la convivencia en sus modos, sus códigos y sus consensos.

Modos violentos de nuestra cultura

La historia nos advierte de las dificultades del convivir desde los orígenes mismos de su intento entre los humanos. Aunque las múltiples manifestaciones de violencia y destructividad entre los individuos han sido un rasgo característico de la condición humana desde siempre, el realismo que hoy se pone de manifiesto en las escenas violentas no puede dejar de interrogarnos; su habitualidad nos ubica muchas veces como espectadores desconcertados ante las imágenes y relatos, donde el temor, la humillación u otros diversos modos de coerción o sojuzgamiento, ocupan un lugar casi natural en la crónica cotidiana. Sus víctimas, en muchos casos sometidas al silencio, dan cuenta de este frecuente sufrimiento psíquico en la sociedad actual e interpelan la racionalidad de nuestra cultura.

Sabemos, por los aportes de las ciencias humanas, que los rasgos violentos que se aprecian habitualmente en los seres vivos son funcionales a la necesidad de

supervivencia de los mismos: la hostilidad del medio en algunos casos, el instinto de autoconservación y reproducción de la especie en otros, dan cuenta de ello. Aun cuando en los humanos también existe un componente agresivo que acompaña la organización psíquica desde sus inicios y que suele expresarse como consecuencia del desencuentro con el semejante, es necesario aclarar que ambos comportamientos se distinguen sustancialmente: el animal responde únicamente a su impulso instintivo; el ser humano, en cambio, dirige deliberadamente su acción hacia un fin con los medios aprendidos en su entorno, por lo que su conducta puede expresar una potencialidad muy amplia de determinaciones acorde a su aprendizaje y adaptable a las diversas circunstancias. En esta direccionalidad, el ser humano es capaz de utilizar modos violentos con una variabilidad sorprendente, desde lo más sutil a lo más cruel, como también producir actos de suma nobleza y altruismo para con sus semejantes. Esta es una condición paradójica, que así como sorprende, también lo distingue en relación al resto de los demás seres vivientes.

Desde siempre la condición humana ha expresado esta paradoja. El amor y el odio que se conjugan en su conducta, facilitaron la conflictividad en razón a la ambivalencia allí contenida, por lo que hizo incierto todo intercambio interpersonal. Aun así, no debe considerarse esta característica constitutiva de la estructura como el único factor de la inducción al impulso destructivo; se expresan en la violencia –tanto de lo público como de lo privado– factores pertenecientes a la cultura y al entorno social y familiar que estimulan su potencialidad destructiva. De allí que la complejidad del tema requiera de una consideración ampliada de la dinámica de los diversos factores en cuestión: individuales, familiares y sociales.

La familia: su unidad y su complejidad

Al considerarse a la familia como la *unidad social* responsable de la reproducción de la especie y de la transmisión de la cultura,

las funciones parentales que allí tienen lugar, ubicadas en la persona de un padre y de una madre, asumen el compromiso de garantizar las condiciones adecuadas para el crecimiento y desarrollo integral de las capacidades y habilidades de sus miembros; la contención afectiva y el resguardo emocional otorgado desde dichas funciones dan cuenta de ello. Como institución primaria del cuidado, de la ley y de la inserción social, deberá asumir el nivel de responsabilidad que esto implica. Para que su efectividad sea cierta, se presupone un compromiso de alianza entre sus miembros que incluya y respete las respectivas diferencias que se entrelazan en su interioridad.

Hechos violentos de la escena doméstica

Durante mucho tiempo se consideró a la familia como el *lugar primordial del resguardo y cuidado*, a salvo de los peligros que circulan por fuera de su intimidad. Se suponía a la vida familiar propiciadora esencial de armonía y bienestar; pero la violencia y el maltrato –como fenómenos más que frecuentes– no han quedado fuera de sus límites. Aunque resulte paradójico, el ámbito donde nacen y maduran los sentimientos más intensos y donde se realizan los aprendizajes sociales básicos, también puede transformarse en un espacio habilitado a las amenazas, abusos o castigos desmedidos, acarreando serias consecuencias emocionales e intensos sufrimientos psíquicos. Allí, donde lo esperado sería encontrar especial y cariñoso cuidado, producto de la comprensión y el respeto mutuo porque en su contexto circulan los afectos más grandes, allí mismo suelen aparecer formas de maltrato capaces de ocasionar severos daños a sus miembros más débiles.

El develamiento de la existencia de hechos frecuentes de maltrato en la cotidianidad de la vida familiar hizo replantear la consideración de este fenómeno, no ya como exclusivo producto de una psicopatología individual sino como un verdadero problema social; la gravedad de sus con-

secuencias requirió la extensión de este análisis a la diversidad de sus modalidades: violencia conyugal, maltrato infantil, abuso sexual intrafamiliar, actitudes de abandono hacia personas ancianas y discapacitadas, son algunas de sus manifestaciones más frecuentes cuyo alcance llega a todas las clases sociales y los diversos niveles socioeducativos; adopta formas sutiles y crueles: maltrato físico, psíquico o emocional, abuso sexual, abandono de persona agravado por la despreocupación o la negligencia, etc., y se expresa en consecuencias tanto psicológicas como sociales y comunitarias.

Violencia y sufrimiento psíquico

La violencia es una realidad de ineludible visibilidad por su evidencia y su persistencia en las relaciones interpersonales, la conducta violenta –considerada ya un problema de carácter social– lo es también en su dimensión psíquica: el daño que produce tanto por su propia fuerza destructiva como por el abuso de poder de quien la ejerce, ocasiona un verdadero atentado a la integridad física y psíquica de quienes la padecen; su extensión, frecuencia y crudeza, ya sea por acción directa como por omisión o negligencia, ha tomado una dimensión tal que su consideración –a nivel social o familiar– debe ser evaluado en los términos de un fenómeno epidémico.¹ Cuando se inflige dolor a un ser humano mediante un acto violento, cualquiera sea la dimensión del mismo, el sufrimiento ocasionado trasciende las consecuencias unipersonales ya que involucra con seguridad a otros (pareja, familia, comunidad) con consecuencias siempre traumáticas.

Como se puede advertir, la problemática de la violencia en sus diversos modos expresivos, hoy es de preocupación general; nos llega desde distintos lugares y se caracteriza de múltiples maneras poniendo a la comunidad en un estado habitual de inquietud y preocupación. La inseguridad es

el síntoma que la caracteriza, ya sea cuando su escenario es el espacio público y social, como cuando su aparición ocurre en la intimidad hogareña; en ambas circunstancias se trata de violencia e implica para sus eventuales víctimas, entre otras cosas, un sufrimiento psíquico muy particular que reclama la intervención profesional pertinente.

Abordaje institucional y multidisciplinario

Nuestra condición de profesionales de la salud mental con desempeño en un Hospital General y Policlínico, nos fue poniendo en contacto frecuente con esta dolorosa realidad, sobre todo en la referida a la violencia doméstica y sus consecuencias, tanto individuales como familiares. Las consultas diarias traían con asiduidad comentarios de modos violentos en la convivencia que se reflejaban en la particularidad de los problemas atendidos, tanto en niños como en adultos.¹

No nos resultaba extraño este modo de vincularse a través de la violencia, constatando el carácter creciente del mismo, tanto en su frecuencia como en su potencialidad conflictiva. El particular dolor resultante, muchas veces silenciado en el contexto familiar, nos alertó acerca de su gravedad; al escucharlo en la circunstancia de cada caso, se observaba que la habitualidad de su desencadenamiento respondía al modo de interacción que se estaba llevando a cabo en el contexto familiar.

Convencidos de que muchos hechos violentos domésticos quedaban encubiertos en las consultas habituales de problemáticas individuales, se planteó la necesidad de implementar nuevas estrategias que dieran la oportunidad de explicitarlos si existiesen, ya que ninguna víctima puede salir de su condición si no logra entrever de qué manera participa en ella. Ante esta realidad, decidimos abrir un nuevo espacio de recepción, evaluación y tratamiento dentro de *nuestro servicio* a fin de relevar

¹ Datos estadísticos: Servicio de Psicología, Hospital-Escuela «Eva Perón», Granadero Baigorria (SF), Argentina, 2006

con mayor atención a la violencia –y su encubrimiento– en las consultas.

El inicio de esta modalidad asistencial se produce a fines de la década de los ochenta, en ocasión de la gran desocupación que alcanzó a un gran sector de la población circundante al Hospital, que trabajaba en el cordón industrial. Las familias comienzan a sufrir el impacto de esta crisis porque su organización varía sustancialmente: los varones, habituales proveedores del sustento hogareño, en algunos casos quedan sometidos a la precariedad laboral y en otros no logran reinsertarse a la actividad estable de ninguna forma ya sea por descalificación de su oficio como por las nuevas condiciones requeridas; porque el sustento se resuelve –muchas veces– con el empleo doméstico de sus esposas, se invierten los roles habituales, debiendo ocuparse el varón de las actividades rutinarias del hogar. Esta variante, que ingresa de manera imprevista al vivir cotidiano familiar, pone en crisis modelos y proyectos: se padece como un cambio obligado y violento.

Los sucesos mencionados conforman un antecedente que es razonable situarlo como inductor del aumento significativo del índice de violencia intrafamiliar, que ya se advertía en las consultas de nuestro Servicio como también lo son –se sabía– otras expresiones propias de la marginalidad y la exclusión social: hacinamiento, promiscuidad, pobreza extrema, madres cada vez más niñas o que llegan a la vida conyugal y a la maternidad empujadas por la retracción de condiciones familiares continentes y protectoras, de las que resultan vínculos cada vez más endeble con rupturas cada vez más precoces. La intervención de factores sociales de esta índole por su intrínseco carácter violento no puede menos que promover modos violentos en la interacción familiar; si bien esto no presupone un determinismo en cuanto al acto violento posible, expone a su eventualidad. Por lo que la acción profesional no sólo debe dirigirse a su corrección, cuando la violencia se ha instalado, sino a su prevención cuando las circunstancias sean propicias.

Como vemos, es un fenómeno complejo tanto por la seriedad y diversidad de los factores que pueden inducirla como

por el carácter múltiple que su tratamiento reclama. El enfoque interdisciplinario que hoy se considera necesario tanto para su análisis como para su terapéutica, resulta de la restringida eficacia que suelen tener las respuestas habituales desde los discursos médico, jurídico, psicológico o social, cuando se dan en forma aislada y fragmentada como cuando se pretende solucionar con la sola intervención de la ley: si bien ésta debe ser considerada como necesaria, no es suficiente si un equipo interdisciplinario no tiene a su cargo la múltiple consideración de estos hechos para planificar el abordaje correspondiente.

Por el propio carácter multidisciplinario que requiere la comprensión y el abordaje de este fenómeno en cuestión, tal como lo dijimos precedentemente, es necesario de entrada aclarar los alcances de los conceptos de uso común para el análisis del acto violento, a fin de poder evaluar correctamente y no equivocar estrategias. El primer concepto a deslindar es el referido a lo que diferencia *agresión* de *agresividad*.

Agresividad como actitud y agresión como violencia

En primera instancia, merece distinguirse lo que habitualmente se considera agresividad, sus semejanzas y diferencias, con la manera de apreciar el *acto violento* y la agresión concomitante. Esta distinción es primordial por cuanto la *agresividad* es un componente esencial de la organización psíquica y constituye un rasgo que se expresa en la dinámica activa del sujeto en su interacción con sus semejantes. La *agresión*, en cambio, es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto *en dirección a un semejante y con intención de dañarlo*.

Es conocida la importancia que tiene para el ser viviente la actitud agresiva para sobrevivir ante la hostilidad del medio; toda la naturaleza da testimonio al respecto. La interacción humana no está totalmente exenta a esta marca ancestral que la acompaña desde los inicios de la vida. Sin embargo, no podemos dejar de preguntarnos sobre sus diferencias y semejanzas, ya

que no se puede trasladar al ser humano, sin ninguna reserva, este rasgo de la especie animal pues el acto humano no es un simple acto reflejo. Decir lo contrario sería desconocer la transformación que este rasgo instintivo –necesario para vencer obstáculos y oponer resistencias– va teniendo en el transcurso del desarrollo por acción de la crianza, por influencia de la cultura en sus mitos, prejuicios y creencias, por intercambio con el entorno y hasta por iniciativa y capacidad propias del sujeto.

La actitud agresiva que en determinadas circunstancias acompaña la conducta, conlleva estas marcas que se expresan en los modos y estilos de su interacción; pero estos rasgos inherentes al obrar humano, de ninguna manera suponen prescindencia de su responsabilidad ante las consecuencias que implican: la decisión se basa en el acto libre, aun de manera restringida, y su dirección e intencionalidad define y encuadra esa responsabilidad.

Es por esto que si nos referimos a lo que vulgarmente llamamos *agresión o acto agresivo*, presuponemos *la intención* que dicho acto implica: el agravio a un semejante como destinatario de la violencia en cualquiera de sus formas, sin medir el daño consiguiente. No es esa la referencia cuando se habla de la *actitud agresiva o agresividad* que se tiene para imponerse o conseguir algo de interés legítimo.

Aclarada esta diferencia, no podemos dejar de deslindar también otro equívoco habitual: no es lo mismo hablar de agresión violenta que de conflicto o situación conflictiva propia del convivir.

Conflictos habituales del convivir

Luego de haber distinguido el acto violento humano del impulso agresivo e instintivo de los animales, no podemos dejar de aclarar que la agresividad humana tiene su fuente y razón en el carácter esencialmente conflictivo de la interacción entre las personas; la tensión que las diferencias entre las personas implica es insoslayable como condición del intercambio; su *modo de re-*

solución es la incógnita que inquieta: no es lo mismo si el conflicto promueve reflexión y diálogo para su superación, que si éste se pretende dilucidar de manera violenta y sólo a través del ejercicio autoritario del poder y por la vía del sometimiento. Nuestra «cultura patriarcal», estructurada desde los supuestos de la protección y el dominio del más fuerte sobre el más débil, facilitó la inclusión del acto violento para la resolución del conflicto; en el caso del vínculo conyugal, el hombre, al arrogarse las atribuciones de fuerza y poder, ubicó muchas veces a la mujer en una consideración subalterna en la conformación del modo vincular; los resultados de esta indebida asimetría se vieron reflejados en los dramas cotidianos del hogar.

Si la coexistencia diaria es conflictiva, la convivencia familiar lo es por su propia constitución: los conflictos acompañan el convivir familiar porque la familia, en tanto pequeño grupo de modalidad nuclear, es un medio especialmente propicio para la emergencia de los conflictos entre sus miembros; en algunos casos, la situación crítica que el conflicto genera da ocasión para el cambio, en otros casos las diferencias no encuentran modos alternativos superadores y los hechos se transforman en circunstancias propicias para la agresión interminable que precede –muchas veces– al acto violento que se destaca por su dureza y persistencia; es allí cuando las diferencias entre sus miembros intentan resolverse con el estilo violento de las peleas, enojos o discusiones desmedidas que anticipan la descalificación agresiva y suelen llegar hasta el maltrato físico y psíquico.

Si bien el conflicto puede preanunciar la violencia, sabemos que no siempre es así. Como lo más habitual es que no se desarrollen escenas de violencia para su resolución, decimos entonces que hay que distinguir entre *conflicto familiar* y *violencia familiar*. El conflicto es inherente a la familia en cuanto pequeño grupo que, al reunir personas diferentes, suscita tensiones cuando cada uno de sus integrantes reclama ser reconocido en su singularidad. Esa misma conflictiva –ineludible– puede actuar también como ocasión de crecimiento, tan-

to individual como grupal, al permitir que los miembros en conflicto logren modos relacionales más propicios para el respeto a las diferencias y el intercambio amoroso. El *diálogo*, en estas circunstancias, pasa a ser considerado como *el paradigma de la no violencia*, único modo posible y legítimo del reconocimiento del Otro como otro respetable desde su propia diferencia.

La violencia en el seno familiar es otra cosa: es una forma de ejercicio del poder por parte de uno de los miembros de la familia sobre los demás, mediante el empleo sistemático de la fuerza, ocasionando daño físico, psíquico o emocional; en razón a su persistencia y reiteración se transforma en abuso; ocurre cuando una persona con más poder somete a otra con menos poder, ejerciendo control y anulación sobre la misma, con las consecuencias predichas.

La complicidad en el maltrato

Dentro de las expresiones de violencia, el maltrato está caracterizado por un modo agresivo de relación, en donde se obliga a alguien a hacer algo que no desea y/o prohibirle hacer lo que desea, a partir de un intercambio desigual mediante el uso de la fuerza física o presión emocional (desvalorización, humillación, etc.); la *prerrogativa de superioridad* de una de las partes, actúa como presupuesto de esta desigualdad crónica que le da sustento al derecho a infligir a la otra parte diversos modos de sufrimiento, tanto sutiles como crueles. La violencia transcurre de manera unidireccional, íntima y sin pausa, reiterándose en un ciclo que va del estallido al arrepentimiento, lo que hace que pueda permanecer escondida en el secreto de la intimidad con la pasividad resignada de la víctima.

En este modo de transacción en el convivir doméstico, sometido a la lógica circular que los encierra en este «pacto falaz» y a las pautas transmitidas generacionalmente de legitimación de la violencia, está la raíz del sistema del cual no sale con facilidad la víctima, sometiéndose con frecuencia a los rituales de violencia impuestos por el

agresor, por lo cual se suele resignar ante lo que considera una relación de fuerzas totalmente desigual, declinando su capacidad de resistencia y su exigencia de respeto a su propia dignidad, en función a una tolerancia interminable y de alto poder autodestructivo.

Todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, debe procurar su propia seguridad; al no asumir esta responsabilidad termina estimulando los aspectos incontrolados de la otra persona que alimentan su carácter violento. Por lo cual, el hecho de ser víctima de una relación de abuso no atenúa el grado de responsabilidad. Si bien es cierto que los sentimientos de vergüenza y culpabilidad de la víctima suelen alterar el sentido de su responsabilidad, en la relación abusiva toda la culpabilidad recae sobre la víctima y en modo alguno sobre el abusador, sin embargo no debe eliminarse su compromiso como única alternativa posible a la ruptura del intercambio violento.

Maltrato y abuso: sus diversos modos

El maltrato y el abuso, dos formas paradigmáticas de la violencia intrafamiliar, expresan con crueldad el desconocimiento del otro en el derecho a la dignidad de su singularidad, condición ineludible de la convivencia sostenida en el respeto a la diferencia. El factor común que subyace en todas las formas de maltrato es *el abuso de poder o autoridad*. Los actores de la violencia, en la puesta en acto de este desconocimiento del otro, dramatizan la pretensión de la anulación del semejante por considerarlo una amenaza por su propia condición de otro; los modos más destacados que presenta esta actuación trágica —particularmente cuando sus víctimas son los niños— merecen ser advertidos y aclarados para su mejor comprensión.

MALTRATO INFANTIL. Surge con el hombre por lo tanto es tan antiguo como la humanidad. Sin embargo, en la actualidad, en el ambiente lleno de violencia en el que vivi-

mos y del que desafortunadamente no escapan los niños, el maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante: dañarlos físicamente, no brindarles los cuidados apropiados o privarlos de afecto en sus diversos grados, son algunas de las expresiones habituales del mismo.

a) *Maltrato físico*: lo que la mirada médica en su momento observó dio ocasión para la descripción del *síndrome del niño golpeado*² al descubrir que la presencia de secuelas de traumatismos físicos no habituales eran provocados, de manera deliberada y no accidental, por alguna de las personas responsable del cuidado de niños de muy corta edad, habitualmente menores de dos años y frecuentemente antes de comenzar a deambular. A partir de considerar sus consecuencias psíquicas pasó a denominarse *maltrato infantil*. Los signos de maltrato físico observables clínicamente en un niño, ya ampliamente descritos, pueden ser algunos de los siguientes: hematomas; contusiones o fracturas sin explicación coherente; cicatrices diversas; marcas de quemaduras; antiguas fracturas ya soldadas.

b) *Maltrato emocional*: es otro modo de violencia intrafamiliar que se ejerce bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecios, críticas o amenazas de abandono) que pueden llegar a bloquear las iniciativas infantiles como consecuencia de castigos habituales, a modo de encierro o confinamiento, por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Puede también ser consecuencia de sobre exigencias habituales, por ejemplo, querer que sobresalgan siempre, que ocupen un rol no deseado, etc. Esta conducta, en su interacción, es causa de dolor emocional y puede manifestar en el niño desde miedo hasta desesperación. Algunos indicadores posibles son: extrema precariedad en su autoestima; exagerada necesidad de ganar o sobresalir; demandas excesivas de atención; mucha agresividad o pasividad en el intercambio lúdico.

ABUSO INFANTIL. Es una situación *violenta persistente*, que se sostiene en infundadas prerrogativas de dominio, que se torna habitual y se presenta cotidianamente como abuso. Sus efectos se manifiestan en sensaciones de terror, amenaza, violencia, confusión, etc. El abuso de carácter sexual se produce cuando un adulto utiliza la relación con el menor con el objeto de obtener satisfacción a sus deseos sexuales. El abusador, en estos casos, puede ser parte de la familia o alguien que el niño conoce. Dentro de la diversidad que presenta este modo abusivo, el incesto es su expresión más comprometida.

Todos los abusos producen un severo daño psíquico que debe ser tratado interdisciplinariamente.

Los índices más frecuentes para suponer abuso en niños pueden ser:

- Llanto fácil, por poco o ningún motivo aparente
- Bajo rendimiento escolar (falta de concentración, repetidores, desertores)
- Ausentismo escolar frecuente
- Cambios de conducta que se convierten en agresivos o de aislamiento
- Interés por temas sexuales no acordes a la edad del desarrollo
- Irritación, dolor o lesión en zona genital
- Temor al contacto físico

Conclusiones

En razón de su comprobada gravedad y habitualidad, la violencia familiar sea en su modo conyugal como en sus modalidades de maltrato y abuso infantil, trasciende, en la perentoriedad de su consideración, la esfera de la intimidad intrafamiliar; se trata de un verdadero problema social que requiere la intervención del Estado en su función de garante y la conjunción de la idoneidad profesional junto al compromiso de la comunidad.

Son los profesionales de la salud, junto con los trabajadores sociales y del derecho, los idóneos para su pertinente consideración a fin de determinar el adecuado diagnós-

² Kempe-Silverman, 1962

tico, individual y situacional, y la correspondiente evaluación del grado de riesgo existente en la convivencia familiar.

Debemos destacar la importancia que se le debe dar a la función del Médico Generalista: su habitual presencia en los servicios de guardia general y en los consultorios de los centros de atención primaria, lo posicionan como receptor inicial de los diversos motivos de consulta, teniendo la inmejorable posibilidad para una intervención oportuna y una derivación correspondiente.

No dudamos que el trabajo debe organizarse en equipos interdisciplinarios para garantizar idoneidad y eficacia en tan compleja problemática, pero esta estrategia debe sostenerse en una red en la que intervengan distintos actores e instituciones sociales junto a los diversos saberes involucrados. Es por el carácter social del problema en cuestión que la detección y señalamiento de cualquier tipo de maltrato, en particular del infantil, hoy es una responsabilidad de la sociedad toda. Pensar su eficacia en términos de red es plantear la participación ciudadana como condición de la misma; tanto las legislaciones pertinentes como las estrategias diseñadas, requieren de este contexto plural para poder considerar acciones pertinentes en la perspectiva de la prevención, propiciando nuevas formas de intercambio en el ámbito familiar y social, como también de buen trato y relación con el menor, y promoviendo valores positivos en acciones basadas en la tolerancia y la equidad.

El médico generalista: la importancia de su lugar

Como advertíamos anteriormente, es primordial la idoneidad y oportunidad del profesional de la salud en la captación rápida en esta problemática. Según nuestra experiencia hospitalaria, el *médico general*, en su función de recepción y evaluación de múltiples y diversas situaciones de emergencia, tiene la oportunidad de advertir los indicios que podrían hacer sospechar de la existencia de hechos de violencia como los mencionados en este capítulo. Su mirada atenta y dispuesta permitiría mejores posibilidades en el abordaje posterior.

A través de lo expuesto hemos pretendido transmitir algunas reflexiones acerca del fenómeno globalizado y multifacético de la violencia contemporánea, con la distinción de su particularidad en el ámbito doméstico a fin de que puedan aportar precisiones y elementos de análisis a quienes se interesen al respecto, en particular a los profesionales de la salud; en este sentido, y como lo expresáramos más arriba, deseáramos sea de especial utilidad para el *médico generalista* como instrumento en su tarea cotidiana. La pertinencia de su intervención estará asegurada si los conceptos que conforman la consideración de esta problemática pasan a ser elementos habituales de su mirada profesional. De esta manera, su implicancia y participación se producirá como consecuencia de su propio interés en la temática en cuestión.

Bibliografía

- Agudelo SF. «Violencia.» Vol. II (ponencia): Actas del 7º Congreso «La Salud en el Municipio de Rosario», Rosario, 2000.
- Corsi J. *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós, 1994
- Franchi S. «Violencia en la pareja.» En: *Actualidad Psicológica* 1996 (jun);(232)
- Garrote NR. «Violencia familiar y adopción.» En: *Actualidad Psicológica* 1996 (jun);(232):
- Grosman CP y S Mesterman. *Maltrato al menor*. Buenos Aires: EUDEBA, 1992
- Loketek A. «Terapia sistémica relacional en la violencia familiar.» En: *Actualidad Psicológica* 2000(sept);(279):
- Perrone R y M Nannini. *Violencia y abusos sexuales en la infancia*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

ANOREXIA Y BULIMIA: LA ALIMENTACIÓN Y SUS COMPLICACIONES

Hugo D'Alessandro
Fernando Bilbao

La interrupción, la incoherencia, la sorpresa, son las condiciones habituales de nuestra vida. Se han convertido en necesidades reales para muchas personas cuyas mentes sólo se alimentan... de cambios súbitos y de estímulos permanentemente renovados... Ya no toleramos nada que dure. Ya no sabemos como hacer para lograr que el aburrimiento dé fruto. Entonces, todo el tema se reduce a esta pregunta: ¿La mente humana puede dominar lo que la mente humana ha creado?

Paul Valéry

Introducción

La *anorexia* y la *bulimia* nerviosas son enfermedades psíquicas que se caracterizan por tener un trastorno en la alimentación. La cantidad de personas que sufren de estos trastornos ha aumentado en las últimas décadas, fundamentalmente por fenómenos de base sociocultural; no son patologías de la modernidad, su descripción clínica y su incidencia datan de siglos atrás, como lo demuestran la existencia de los *vomitoriums* romanos y las narraciones sobre los santos medievales y otros casos de ayuno auto-inducido.¹

Richard Morton en 1694, describe el primer caso de anorexia nerviosa con el llamativo nombre de «consunción nerviosa»², en donde distinguía claramente la anorexia nerviosa de otros estados de emaciación

causados por enfermedad.³ Doscientos años después, en 1874, William Gull describe el primer caso de bulimia.⁴

Es Lasegue, médico psiquiatra, quien en 1870, época de plena difusión europea del concepto de neurosis, la llama «anorexia histérica».⁵ Unos años mas tarde, en 1888, Huchard cambia el término «histérica» por «nerviosa» y así toma su nombre definitivo.

Es en 1979, cuando Russel acuñó el término *bulimia nerviosa*, publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad y la consideró como una variante de la anorexia nerviosa.

Definiciones

La *anorexia nerviosa* se caracteriza por el ayuno deliberado, auto-impuesto, surgido

¹ Brumberg JJ. *Fasting girls: A History of Anorexia Nervosa*. New York: Vintage Books, 2000.

² Consunción: Acción y efecto de consumir o consumirse. Extenuación, enflaquecimiento. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa Calpe, 2001

³ Morton R. *Phthisiologia: Or, treatise of consumptions*. London: Smith and Walford, 1694.

⁴ Gull WW. *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)*. En: *Trans Clin Soc Lond* 1874;7:22-28.

⁵ Lasegue C. L'Anorexia Hysterique. En: *Arch Gen Med* 1873;21:385-403.

de la implacable obsesión de delgadez y temor a engordar, que pueden llevar a la emaciación.

La *bulimia nerviosa* consiste en episodios de hiperorexia incontrolable, con o sin conductas compensatorias, para reducir el peso corporal (vómitos, laxantes, ejercicios, etc.)

Las personas anoréxicas y/o bulímicas presentan una preocupación patológica –percepción distorsionada o sobrevalorada– en relación a su esquema corporal y a su peso.

El síntoma que define a la bulimia son los «atracones», es decir, la ingesta incontrolable de cantidades excesivas de alimentos en un lapso breve, sin límites.

La bulimia puede ser un síntoma de diferentes enfermedades médicas o un componente del síndrome de anorexia nerviosa y, además puede ser un cuadro aparte en sí misma –bulimia nerviosa– acompañado de aumento del peso corporal u obesidad.⁶

Epidemiología

Clásicamente eran enfermedades de la clase media y alta de las metrópolis, y que se han convertido hoy en enfermedades extendidas globalmente y que aparecen en cualquier raza, clase social, sexo o edad. No existen datos epidemiológicos suficientes y confiables en Argentina; la pobreza mezcla los diagnósticos imprecisos y los subregistros. Nuestro Hospital,⁷ que ha servido de referencia estadística en este libro, no ha recopi-

lado todavía datos confiables. No obstante, tomando en consideración un estudio realizado en EE.UU. a adolescentes y jóvenes adultas, revela una prevalencia de *anorexia nerviosa* de 0,9 % y de 1,5 % en *bulimia nerviosa*.⁸ Si bien se pueden presentar tanto en mujeres como en hombres, la relación de mujeres a hombres es 10:1,⁹ tendencia que está cambiando con un aumento de casos en los hombres, como consecuencia del incremento del paradigma de que la belleza es el acceso a la felicidad.

En EE.UU. las cifras que abarcan la década del 60 son casi la mitad de casos que en la década del 70 (0,35 cada 100 000 habitantes contra 0,64 cada 100 000 habitantes).¹⁰

La *anorexia nerviosa* puede comenzar en la niñez y casi siempre se desencadena en la adolescencia y la adultez temprana; el inicio de la *bulimia nerviosa* puede llegar a ser más tardío.

La población con mayor riesgo es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de trastornos de la alimentación o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia;¹¹ también los pacientes con trastornos de la personalidad limítrofe.¹²⁻¹³

La mortalidad a corto plazo es relativamente baja, 1 a 5 %, aunque –a largo plazo– asciende a un valor cercano al 20 % a los veinte años de evolución; las causas principales son inanición, suicidio y muerte súbita por causa cardíaca.¹⁴

⁶ Kaplan HI y BJ Sadock. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences - Clinical Psychiatry*. Baltimore: Lippincott-Wilkins & Wilkins, 1995.

⁷ Hospital-Escuela 'Eva Perón', Granadero Baigorria (Sta. Fe), Argentina

⁸ Hudson JI; Hiripi E; Pope HG; Kessler RC. «The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.» En: *Biol Psychiatry* 2007 Feb 1;61(3):348-358.

⁹ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR 2000: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

¹⁰ Suárez Richards M. *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, 2006. pág. 682.

¹¹ Alexitimia: incapacidad de introspección y verbalización de las emociones, y pobreza de actividad imaginativa y onírica. En: Valdéz-Miyar M. *Diccionario de Psiquiatría*. Barcelona: Mason, 1996

¹² Alarcón RD; Mazzotti G; Nicolini H. *Psiquiatría*. México: Manual Moderno, 2005. págs. 519-527.

¹³ Johnson JG; Cohen P; Kasen S; Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. En: *Am J Psychiatry* 2002;159:394-400.

¹⁴ Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152:1073-1074.

Factores socioculturales que aumentan la incidencia

Desde el punto de vista sociocultural, el prejuicio contra la obesidad es enorme y la sobrevaloración de la delgadez, notoria; ambos constituyen factores de innegable importancia en la generación de estos trastornos.

La influencia que los patrones sociales y culturales actuales tienen en la patología alimentaria, se evidencia en el destacado aumento de los trastornos de la alimentación en los últimos años. Este gran salto de la incidencia se debe —en gran medida— a que en los años 60 se inicia el *culto a la delgadez*, momento en el cual comienza a cambiar el «ideal de belleza» sobrevalorando los cuerpos esbeltos, tubulares, en detrimento de figuras más redondeadas de esa época. Este ideal, con el tiempo, progresa y pasa de la delgadez a la hiperdelgadez, transformándose en un fin utópico.¹⁵

Los agentes que contribuyen a la difusión de la estética de la delgadez son varios y entre ellos es dable mencionar las modas en el vestir y los medios de comunicación. Es en estos, los audiovisuales en mayor medida, donde se produce una insistencia programada y permanente a través de avisos publicitarios, donde se anuncian dietas milagrosas, se promocionan productos con la engañosa denominación *light* y se exhiben modelos corporales inalcanzables, imponiendo la nociva idea que, el «secreto de la felicidad» se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado, y uno musculoso y atlético para los varones, mensajes que destacan que el éxito y la belleza radican en la delgadez. A todo ello se le agrega la difusión y venta de productos y servicios para adelgazar, protagonizados por personajes ideales y funcionales al paradigma.

Sin embargo, no todas las mujeres expuestas a estos mensajes desarrollan la enfermedad, lo que pone de manifiesto la necesidad de la concurrencia de otros factores para que se produzca el trastorno.

Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, acorde con la edad y la talla. Ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del esperable.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) Presencia de amenorrea en las mujeres pospuberales (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos); se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales (vg.: con la administración de estrógenos).

Subtipos

RESTRICTIVO. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el paciente NO RECURRE regularmente a atracones o purgas.

COMPULSIVO/PURGATIVO. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el paciente RECURRE regularmente a atracones compulsivos o purgas (vg.: provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La persona con este trastorno mantiene un *peso corporal por debajo del nivel normal mínimo* para su edad y su talla (CRITERIO A). Este descenso de peso tiene que estar originado por el propio enfermo, evitando el consumo de «alimentos que engordan», comenzando por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico y, la mayoría, acaba con una dieta restringida a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso: vómitos autoprovo-

¹⁵ Kaye W *et al.* «Alterations in serotonin Activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa.» En: *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:927-935.

dos, purgas, ejercicios excesivos, y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. El *Criterio A*, proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior; significa que el peso de la persona es inferior al 85% del considerado normal para su edad y talla. Existe otra guía adicional, algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC)¹⁶ igual o inferior a 17,5 kg/m². Estos valores límites sólo son una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de un grupo etáreo y talla. Para determinar el peso mínimo normal de una persona, el médico debe considerar también su constitución física y su historia previa.

Las personas con este trastorno tienen un *miedo intenso* a ganar peso o a convertirse en obesas (CRITERIO B). Este temor generalmente no desaparece aunque el paciente efectivamente lo pierda y, de hecho, su miedo aumenta aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una *alteración de la percepción* del peso y de la silueta corporales (CRITERIO C). Algunas personas se encuentran *obesas*, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente abdomen, nalgas y muslos) les parecen demasiado gruesas para su ideal. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo: pesarse constantemente, medirse las diferentes partes de su cuerpo de manera obsesiva o mirarse repetidamente al espejo para observarse las zonas que consi-

dera *obesas*. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso de su cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento del mismo como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En mujeres que ya hayan tenido su primera menstruación, la *amenorrea* es indicadora de una disfunción fisiológica (CRITERIO D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso pero, en una minoría de casos, la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la *menarquia*. En el hombre se manifiesta como una pérdida del interés y de potencia sexual.¹⁷⁻¹⁸

Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (vg.: en un período de 2 horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, es decir, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como

¹⁶ Índice de masa corporal de Quetelet = peso(Kg)/altura²(m)

¹⁷ American Psychiatric Association. DSM-IV-TR 2000: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

¹⁸ World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO, 1993.

- promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d) La autoestima está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
 - e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos

PURGATIVO. Son cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

NO PURGATIVO. Éste describe cuadros clínicos en los que el paciente ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Reiteramos la definición de *atracon* como el consumo –en un período corto de tiempo– de una cantidad de comida muy superior a lo que la mayoría de los individuos comerían en ese lapso (CRITERIO A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón ya que lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual, puede considerarse normal si se produce en un banquete con motivo de una celebración. Un «período corto de tiempo» significa un período limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar, por ejemplo: un individuo puede comenzar en un restaurante y continuar luego en su casa.

Si bien el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (helados, pasteles, etc.) Sin embargo, los atracones se caracterizan por ingerir una cantidad indiscriminada de comida más que por un ansia de comer un determinado alimento. Ingiere alimentos sin diferenciar tipo, condición o estado de los mismos.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan normalmente a escondidas o de la manera más disimulada

posible. Pueden durar hasta que el paciente ya no resista más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por causa de la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones estresantes, el hambre producto de una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos, pueden descompensar estos cuadros produciendo una verdadera urgencia psiquiátrica. Los atracones pueden reducir el malestar de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo. Descompensaciones psíquicas severas.

Los atracones se acompañan también de *sensación de falta de control* (CRITERIO A2). La persona puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las *conductas compensatorias inapropiadas* para evitar la ganancia de peso (CRITERIO B).

Muchos sujetos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método lo emplea el 80-90% de los pacientes que acude a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toma laxantes después de los atracones. Esporádicamente los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los pacientes con este trastorno pueden ayunar uno o más días o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere en las actividades cuando se

produce a horas no habituales, en lugares inapropiados, o cuando la persona continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los que presentan este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso.

Las personas con bulimia nerviosa ponen *demasiado énfasis* en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (CRITERIO D). Estos sujetos se asemejan a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (CRITERIO E).¹⁹

Generalidades de la clínica

La preocupación sobre el peso es el síntoma principal de los trastornos alimentarios. La característica de estos pacientes es el deseo exagerado de ser delgado, asociado a la convicción de poseer un cuerpo demasiado voluminoso y el temor mórbido a engordar. Un 50 % de los pacientes con anorexia nerviosa tiene síntomas bulímicos y un número importante de pacientes que son inicialmente bulímicos, desarrolla síntomas de anorexia.

La mayoría de las veces el cuadro clínico es muy florido y no ofrece dificultades diagnósticas, el paciente es traído a las consultas por los familiares porque son «anoréxicos» o «bulímicos», y generalmente éste es un diagnóstico correcto.

Estos pacientes presentan las siguientes características:

- Distorsión de la imagen corporal: a pesar de la extrema delgadez mantienen el convencimiento de su sobrepeso y que sus formas aún son flácidas.²⁰

- En todos los pacientes está presente un miedo intenso a ganar peso y convertirse en obesos, hay casos particularmente graves donde la idea de gordura o flacidez se mantiene a pesar de la caquexia.
- Su extrema delgadez no les impide verse «obesos» y de considerar a los alimentos como objetos dañinos que no desea incorporar y, si así fuera, tratará de expulsarlos de su cuerpo (laxantes, vómitos).
- La mayoría de las conductas dirigidas a perder de peso se realiza en secreto. Los pacientes generalmente no quieren comer con sus familias ni en lugares públicos.
- Al principio el paciente inicia una dieta para reducir el estigma que –él cree– implica la obesidad, lograr mayor control de sus impulsos y lograr la inserción social. A medida que alcanzan el peso propuesto, se fijan nuevas metas a valores más bajos. La restricción de la ingesta comienza por los alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas y continúa hasta una selectividad extrema: *comer nada*.²¹

Entrevista

En ésta se debe indagar con las premisas que se desplegaron en el capítulo 2, estableciendo un ámbito de comprensión sin censuras sobre los patrones alimenticios, atracones, purgas, ejercicios, grado de satisfacción con la imagen corporal, influencia excesiva de la forma y peso corporales en la autoevaluación, temor a volverse obeso (en una persona delgada), rechazo a alcanzar o mantener el peso corporal recomendado por el médico y negación de la enfermedad.

Es importante el encuentro con familiares debido a que pacientes que han empezado con atracones y purgas tienden a guardar esto en secreto y sólo lo admiten al ser descubiertos; hechos que deben ser tratados cuidadosamente dado que son pacientes con gran labilidad afectiva y mal manejo de los impulsos, y cualquier intervención intempestiva puede producir el abandono del tratamiento.

¹⁹ American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR*. Op cit.

²⁰ López Romero A. *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Salerno, 2000. págs. 273-279.

²¹ Kaplan HI y BJ Sadock. *Synopsis of Pshychiatry*. Op cit.

Examen físico

Las medidas antropométricas deberían incluir una evaluación de la altura, peso e índice de masa corporales. Un índice de masa corporal de 16 o menor es un hallazgo frecuente en pacientes con anorexia nerviosa.²²

Se deben controlar los signos vitales como la temperatura, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como mediciones ortostáticas.

El examen físico puede detectar un estado hipometabólico en el cual encontramos bradicardia, hipotensión e hipotermia. Además puede evidenciarse la deshidratación, caída del cabello, uñas frágiles, extremidades frías, acrocianosis, lanugo, etc.

Otras manifestaciones clínicas pueden ser edema periférico debido tanto a la realimentación como a la suspensión del abuso de laxantes o diuréticos, coloración amarillenta de la piel debido a las alteraciones de los niveles de carotenos.

A veces pueden presentar atraso en la maduración sexual, con cierto grado de detención del crecimiento y en las mujeres regresión del tejido mamario. La amenorrea es un signo constante y a menudo aparece antes de que la pérdida de peso sea notable.

El examen neurológico de estos pacientes, cuando se encuentran en estado de inanición, se puede manifestar como un síndrome cerebral orgánico, con habla lenta y monótona, mirada perdida e hipoprosexia. Los reflejos osteotendinosos presentan una fase de respuesta lenta.

Los pacientes con anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativa o con bulimia nerviosa, además pueden tener otro tipo de problemas. A nivel dental, tienen mayor riesgo de

pérdida del esmalte dental, con lo cual sus dientes se desgastan y presenta un número elevado de caries.²³

Debido a los vómitos frecuentes desarrollan hipertrofia parotídea (con hiperamilasemia) y hemorragias conjuntivales. En los que se provocan manualmente la émesis, pueden detectarse callos en el dorso de la mano (signo de Russell). Los vómitos recurrentes pueden producir esofagitis (que con el tiempo puede llevar al esófago de Barrett), desgarros de Mallory-Weiss y dolor precordial. El uso crónico de jarabe de ipecacuana para inducir los vómitos, genera miocardiopatías y daño muscular. En los que abusan de laxantes puede haber melena y prolapso rectal.²⁴⁻²⁵

Complicaciones médicas

En la anorexia nerviosa tipo purgativo y la bulimia nerviosa hay complicaciones que pueden ser agudas como los trastornos electrolíticos (alcalosis hipokalémica e hipoclorémica en pacientes que vomitan) que pueden provocar arritmias mortales. Otras complicaciones potencialmente fatales incluyen mediastinitis secundarias a desgarros esofágicos, ruptura gástrica y dilatación gástrica aguda, que ocurren tras episodios de ingesta aguda, mientras que otras complicaciones pueden ser indolentes y crónicas: hígado graso, retraso del vaciamiento gástrico, osteoporosis (potencialmente irreversible, con graves consecuencias en la edad madura y alto índice de fracturas patológicas). A nivel cardiovascular hay alteración de la contractilidad miocárdica, prolapso mitral y arritmias.²⁶

²² American Dietetic Association. «Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified.» En: *J Am Diet Assoc* 2001;101:810-819.

²³ García de Valente MS; Bordón NE; Rozensztejn R; et al. «Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente bucal en un encuadre multidisciplinario.» En: *Bol Asoc Argent Odontol Niños* 2003; 32(3):23-27.

²⁴ Rome ES; Ammerman S; Piper DS; et al. «Children and adolescents with eating disorders: the state of the art.» En: *Pediatrics* 2003;111:98-108.

²⁵ Rome ES; Ammerman S. «Medical complications of eating disorders: an update.» En: *J Adolesc Health* 2003; 33: 418-426.

²⁶ Riggs S; Harel D; Biros P; Ziegler J. «Cardiac impairment in adolescent girls with anorexia nervosa: what exercise stress testing reveals.» En: *J Adolesc Health* 2003;32(2):126

Factores familiares

El modelo de familia que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchos pacientes se caracteriza por:

- Sobreenvolvimiento, excesiva fusión entre todos los miembros con la consecuente disminución de la independencia y la autonomía individual
- Rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones
- Sobreprotección
- Negación y falta de resolución de conflictos²⁷

Estas familias parecen felices, están orientadas hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio, con expectativas muy elevadas y gran necesidad de aprobación externa. Las madres suelen ser exigentes y dominantes, con poca empatía hacia sus hijos y sobrevaloración de lo estético y lo intelectual, en tanto que el padre es pasivo.

Este modelo de familia, altamente frecuente en el entorno del paciente con trastorno de alimentación, no es exclusivo de este cuadro ya que se observa en otros trastornos y también en ausencia de patología.²⁸

Laboratorio

Los hallazgos de laboratorio en pacientes con anorexia o bulimia nerviosa pueden ser normales en un número no despreciable de casos y ser falsamente tranquilizadores; se han informado casos de muerte por estas patologías con laboratorios normales.²⁹

La deficiencia nutricional severa y los trastornos del medio interno en estas patologías, pueden afectar a la mayoría de los órganos y producir —en consecuencia— una gran variedad de alteraciones en los estudios de laboratorio; por ello, es importante conocerlos para poder valorar las características y la gravedad del cuadro.

Los exámenes de rutina deberán incluir: hemograma completo, eritrosedimentación,

estado ácido-base, electrolitos (sodio, potasio, magnesio, calcio, cinc, fósforo), urea, creatinina, glucosa, enzimas hepáticas, amilasa, albúmina, pre-albúmina, transferrina, colesterol, función tiroidea, orina completa y prueba de embarazo.

A continuación detallaremos cuáles pueden ser las anomalías encontradas en dicho laboratorio y trataremos de aclarar su causa. La necesidad de estudios complementarios dependerá de la presentación clínica de cada paciente y la sospecha de alguna patología como diagnóstico diferencial:

- Hemograma: hemoconcentración por deshidratación, leucopenia, linfopenia y trombocitopenia (esta última menos frecuentemente).
- Eritrosedimentación: es muy útil ya que su aumento nos indicaría que estamos en presencia de otra enfermedad.
- Glucosa: la hipoglucemia persistente es alarmante ya que representa una depleción en los depósitos hepáticos de glucógeno.
- Urea: aumentada por deshidratación o por insuficiencia renal crónica.
- Estado ácido-base y electrolitos: las alteraciones del medio interno se relacionan más íntimamente con el subtipo de la patología en estudio. Podemos observar que en la anorexia nerviosa subtipo compulsivo-purgativo y en la bulimia nerviosa subtipo purgativo, la utilización del vómito como medio depurativo produce alcalosis metabólica hipoclorémica, hipopotasémica, hiponatrémica e hipocalcémica, por pérdida de ácido clorhídrico en los mismos, mientras que en aquellas personas que utilizan laxantes o enemas como medio purgativo se presentan generalmente con acidosis metabólica por pérdida de álcalis.
- Enzimas hepáticas: la desnutrición puede provocar hígado graso con aumento de las mismas.

²⁷ Alarcón RD; Mazzotti G; Nicolini H. *Psiquiatría*. México: Manual Moderno; México, 2005. págs. 519-527

²⁸ López Romero A. *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Salerno, 2000. págs. 273-279

²⁹ American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. «Policy statement. Identifying and treating eating disorders.» En: *Pediatrics* 2003;111:204-211

- Pre-albúmina y transferrina: disminuyen con la ausencia de ingesta y son útiles para pesquisar el ayuno reciente, ya que su vida media es más corta que la de la albúmina. Las proteínas totales son habitualmente normales y la presencia de hipoalbuminemia sugiere otra enfermedad.
- Colesterol: aumentado.
- Amilasa: elevada al igual que la amilasa salival que asciende con el aumento de frecuencia del ciclo atracón/vómito/purga.
- Función tiroidea: la forma activa de la hormona tiroidea, la triyodotironina (T3), presenta niveles muy bajos en estados de desnutrición severa con valores normales de TSH.
- Orina completa: densidad aumentada por deshidratación, disminución de la densidad en la intoxicación hídrica y en la isostenuria por insuficiencia renal crónica. Proteinuria y hematuria en subtipos no purgativos de la bulimia nerviosa con conductas compensatorias mediante ejercicio intenso. Cetonuria en el ayuno. El color azul de la orina indica abuso de diuréticos.
- Prueba de embarazo: descarta otra causa de amenorrea
- Perfil hormonal: niveles séricos bajos de estrógenos en las mujeres y de testosterona en los hombres. Existe regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ambos sexos con valores de gonadotrofinas pre-puberales.
- Cortisol: existe en algunos casos hiperadrenocortisolismo y respuestas alteradas a pruebas endocrinas.
- Osmolaridad plasmática: se encuentra disminuida en sobrecarga hídrica; se asocia con hiponatremias severas (Na 120 mEq/l), valores que podrían desencadenar convulsiones.
- Dosaje de drogas en orina: anfetaminas.

Trastornos y evaluación cardiovascular

Estas patologías se presentan habitualmente con bradicardia e hipotensión. En los pacientes enfermos la realización de un electrocardiograma podría ser de utilidad para evidenciar aplanamiento de onda T, depresión del segmento ST, prolongación del QT, que son manifestaciones de alteraciones electrolíticas, fundamentalmente hipopotasemia. Estas alteraciones cuando son severas podrían desencadenar arritmias, paro cardíaco y muerte súbita. Los pacientes que se encuentran hospitalizados deben tener monitorización cardíaca durante la primera fase de tratamiento por ser ésta la más inestable eléctricamente, debido a las alteraciones antes mencionadas y a su necesidad de tratamiento inmediato.

El ecocardiograma doppler es de utilidad para evidenciar compromiso miocárdico subclínico, especialmente en aquellas personas con desnutrición grave y en período de realimentación, como fue demostrado por un estudio realizado en nuestro país.³⁰

Otras evaluaciones

Densitometría ósea: puede poner de manifiesto osteopenia e incluso osteoporosis en aquellas pacientes con más de seis meses de amenorrea.³¹

Evaluación neurológica: el electroencefalograma puede presentar anomalías difusas que reflejan una anomalía metabólica, consecuencia de una alteración significativa de líquidos y electrolitos. Las neuroimágenes pueden evidenciar atrofia cerebral predominantemente de la sustancia blanca, sólo parcialmente reversible con el tratamiento.³²

Endoscopia o biopsia intestinal: en caso en que se sospeche enfermedad ce-

³⁰ Fernández Rostello EA, et al. «Evaluación mediante eco-doppler cardíaco del síndrome de anorexia nerviosa.» En: *Rev Asociación Médica Argentina* 1999;112(3):22-25

³¹ Silber TJ; Cox JM. «Early detection of osteopenia in anorexia nervosa by radiographic absorptiometry.» En: *Adolesc Pediatr Gynecol* 1990; 3:137-140.

³² Katzmann DK, Zipursky RB, Lambe EK, et al. «A longitudinal magnetic resonance imaging study of brain changes in adolescents with anorexia nervosa.» *Arch Ped Adolesc Med* 1997;151:793-797

líaca o enfermedad inflamatoria intestinal, como posible diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial

No toda persona que sigue una dieta estricta y que se preocupa por su imagen corporal, padece algún trastorno de alimentación. Como hemos visto, el diagnóstico requiere de otros hallazgos positivos. Por esto, siempre que se sospeche de trastorno alimentario en una paciente que no cumple con los criterios diagnósticos, se debe considerar la posibilidad de que esté ocultando la verdad o en otra enfermedad.

El diagnóstico diferencial puede ser con otra enfermedad psiquiátrica o con enfermedad orgánica.

Psiquiátricas

- Depresión mayor
- Psicosis/esquizofrenia
- Abuso de sustancias (cocaína, anfetaminas)
- Fobia social
- Trastorno obsesivo compulsivo

Orgánicas

- Gastrointestinal: enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca y otros síndromes de malabsorción, acalasia, síndrome de la arteria mesentérica superior.
- Endocrina: hipertiroidismo, diabetes mellitus tipo I, enfermedad de Addison, tumores hipotalámicos, síndrome de Sheehan.
- Enfermedades emaciantes: Sida, tuberculosis, cáncer metastático, enfermedad fibroquística.
- Obstétricas: hiperemesis gravídica.

Evolución y pronóstico

La evolución es muy variable, pudiendo presentarse de varias maneras: recuperación espontánea, episodio único con recuperación completa con los diversos tratamientos, evolución cíclica; en otros casos

es progresiva hasta la muerte por inanición.³³

Cuando hablamos de pronóstico nos referimos no solo a la ganancia o pérdida de peso, sino que también hablamos de otros parámetros como la actividad social, laboral o académica, o la imagen corporal.

Son factores favorables en el pronóstico: un mayor seguimiento del paciente, la edad temprana de inicio y cuando se trata de una crisis de la adolescencia.

La presencia de vómitos y el uso de laxantes, la coexistencia de trastornos de la personalidad y de conflictos familiares, empeoran notablemente el pronóstico.

Sin un tratamiento correcto, multidisciplinario, los trastornos de la alimentación serían las patologías que dentro de la salud mental más muertes producen. Se calcula que un 10% muere y otro 40% se cronifica.

Conducta del médico general ante el cuadro

Como ocurre con la mayoría de las patologías, el primero en ser consultado ante síntomas que alteran la salud cotidiana es el médico de la atención primaria y éste, al recibirla, es quien será responsable de su evolución y resolución. De manera similar a todo tipo de enfermedades, la anorexia y la bulimia presentan diversos grados de complejidad. Se acentúan puntualmente porque se trata –como hemos visto a través de este capítulo– de pacientes adolescentes con un entrecruzamiento de diversas conflictivas vitales, que aparecen en ese grupo etario.

El médico deberá tener una conducta prudente, hacer una valoración de todas las medidas orgánicas que deben necesariamente abordarse en relación a esta problemática. Debe ser consciente de las limitaciones propias de su práctica, ya que no está formado para encarar patologías psiquiátricas y ésta –netamente, en su origen– lo es, haciendo síntomas en la conducta alimentaria. Atento a esto, debe incorporarse a grupos interdis-

³³ Toro JR; Yepes LE. *Fundamentos de Medicina Psiquiátrica*. Medellín: CBI, 2001. páginas. 223-229.

ciplinarlos coordinados de trabajos psicoterapéuticos, clínicos, terapia familiar, etc.

Es función del médico, *implicar indispensablemente* a la familia en el tratamiento del paciente y, simultáneamente, desestimar la culpabilidad –verdadera o no– atribuida a los padres para que puedan ser incluidos en el tratamiento.

Es importante destacar que estos pacientes –*graves*– tienen un alto nivel de negación de lo que le sucede y también una presión psíquica muy fuerte, que los lleva a tener una situación altamente contradictoria entre la aceptación de la enfermedad y la posibilidad de tratarse. Existe un alto porcentaje que confiesa el dramatismo de lo que les está sucediendo (recordar que estamos hablando de *problemas vitales*), para lo cual eligen a un amigo para confesarle lo que les acontece. Esta confidencia, como tal, va normalmente acompañada de un pedido de silencio al confidente donde, si éste llegase a quebrantarlo, el paciente lo amenaza con quitarse la vida.

Lamentablemente, en un tiempo que se deberá determinar en cada caso –y que no

es mucho–, aquel silencio deberá ser roto porque –reiteramos– se trata de una *crisis vital* que debe subsanarse. En ese ínterin, los receptores de la confesión –adolescentes en la mayoría de los casos– le relatan el suceso a sus padres, imponiéndoles así el ingreso a una encrucijada sobre cómo manejarse y, generalmente, todos recurren a su médico de confianza en búsqueda del consejo pertinente y con cierto temor al develamiento y a las consecuencias que ello produzca.

Es por ello que *resaltamos la función del médico general*, quien deberá poder establecer una estrategia que aproveche la solicitud de tratamiento, sin juzgar, ni calificar, y con una concepción amplia de la problemática para que ésta pueda ser tratada.

Consecuente con todo lo sostenido en este libro, es el médico general –en la mayoría de los casos– la clave para el acceso a la solución de esta problemática, complicada si la hay, porque abarca simultáneamente factores sociológicos, familiares, psiquiátricos y orgánicos. En suma: *la medicina ante la condición humana en su totalidad*.

...estaba ya cogida por la miel fermentada, que consumía con sus amigas de escuela desde antes de casarse, y siguió consumiéndola no sólo por la boca sino por los cinco sentidos en el aire caliente del trapiche. Con Judas aprendió a masticar tabaco y hojas de coca revueltas con cenizas de yarumo, como los indios de la Sierra Nevada. Probó en las tabernas el cannabis de la India, la trementina de Chipre, el peyote del Real de Catorce, y por lo menos una vez el opio de la Nao de China por los traficantes filipinos. Sin embargo, no fue sorda a la proclama de Judas a favor del cacao. De regreso de todo lo demás, reconoció sus virtudes, y lo prefirió a todos...

Gabriel García Márquez , «El amor y otros demonios».

Introducción

El empleo de sustancias, en la historia de la humanidad, ha estado presente desde las culturas primitivas hasta la actualidad. La modalidad de relacionarse con ellas ha dependido de instancias socioculturales (religiosas, económicas, políticas, etc.) Se han utilizado en ceremonias religiosas y se han generado –y generan– guerras por su obtención; a modo de ejemplo citamos la que libraron Inglaterra y China por el opio (1839 y 1842), que extendió el uso de esta sustancia en Europa (sobre todo en Inglaterra y Francia). La aparición de la morfina, luego de su utilización como potente analgésico en heridos de guerra, se masificó generando «morfinómanos» en el continente europeo.

Sigmund Freud en su escrito «El malestar en la cultura» (1930) planteaba: ... *Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos. Los hay quizás de*

tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella. Alguno cualquiera de éstos remedios nos es indispensable...

En 1964, la OMS determinó que el término adicción no era demasiado científico, debido a que adquirió una connotación peyorativa, que no reflejaba el concepto de abuso de sustancias como trastorno médico y lo reemplazó por *dependencia de sustancias*. Se ha recurrido a dos conceptos para referirse a los aspectos de la dependencia:

Conductual: hace hincapié en las actividades de búsqueda de la sustancia y la asociación de patrones de consumo patológicos.

Física: subraya los efectos físicos (fisiológicos) de episodios múltiples de consumo de la sustancia.

La problemática actual del consumo de sustancias, especialmente alcohol (que ha crecido enormemente en los últimos 20 años) en las poblaciones adolescentes, con consumos excesivos ocasionales o regula-

res, generó que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en marzo de 2005, planteara que el alcohol ocupaba el primer lugar entre los elementos que ponían en riesgo la salud en los países latinoamericanos. El policonsumo de sustancias está presente en un alto porcentaje en esas poblaciones (alrededor del 60%); la combinación de alcohol con drogas inhalantes, psicofármacos, marihuana, bebidas energizantes y estimulantes (cocaína y derivados «paco»), drogas de diseño (derivados de anfetaminas) o la utilización de anestésicos para generar efectos alucinógenos o disociativos (*ketamina*), plantean un panorama complejo donde claramente interviene más de una variable causal de la problemática.

Las políticas neoliberales, que han generado precariedad y pauperización en un amplio sector de la sociedad, con desempleo, marginación y exclusión, y las dificultades en sectores de clase media alta, en relación a los límites, pautas o comunicación intrafamiliar, favorecieron los problemas de vinculación y lazos sociales.

Las situaciones de exigencia e inseguridad laboral, han generado vulnerabilidad en la sociedad aumentando los niveles de conflicto, angustia, insomnio, crisis de pánico o estados depresivos, por lo que es imprescindible pensar el lugar relevante de la comorbilidad en el abuso y dependencia de sustancias.

El médico clínico deberá estar advertido que –habitualmente– es un servicio de guardia el que tiene el primer contacto con estas situaciones y donde, en numerosas ocasiones, se presentan pacientes afectados por esta problemática. De manera que es fundamental que el profesional cuente –primordialmente– con herramientas para pensar y actuar en torno a la seguridad y cuidados, y favorecer la accesibilidad de una instancia interdisciplinaria e intersectorial (salud mental, trabajadores sociales, asesoramiento legal, escuela, referentes en la comunidad, etc.), teniendo en cuenta que la estigmatización y el rechazo que generan estos pacientes en los servicios de salud hacen obstáculo para pensar que alguien que consume presenta un conflicto que puede estar asociado a un trastorno psicopatológico. Además, en

los cuadros de intoxicación o abstinencia, pueden existir complicaciones de salud de extrema gravedad que son habitualmente ignoradas o enmascaradas por una modalidad «psiquiátrica» de presentación.

Trastornos relacionados con el alcohol

Intoxicación

La intoxicación por alcohol no es un síndrome trivial, ya que intoxicaciones extremas pueden conducir al coma, depresión respiratoria y muerte debida al paro respiratorio o bien a la broncoaspiración del vómito.

La gravedad de los síntomas habitualmente se correlacionan con la concentración de alcohol en la sangre. Algunos autores clasifican a la intoxicación alcohólica aguda en:

1. Simple
2. Complicada
3. Patológica (excitomotriz-alucinatória-deli-rante)

1. Intoxicación simple

Fase de Excitación Cerebral

(por la impregnación alcohólica cortical y límbica)

Al inicio del cuadro, aparecen síntomas de aspecto maniforme y más raramente aspectos melancólicos: euforia y/o agresividad, excitación psicomotriz, alegría, locuacidad, desinhibición, cantos y danzas, susceptibilidad, desconfianza, enojo, ira, cólera, agresiones verbales y físicas, furor con tempestad motriz clásica; a veces melancolía, tristeza, llantos, autoconmiseración.

Fase de Depresión Cerebral

En esta etapa aparecen los signos de impregnación alcohólica subcortical (extrapirramidal, cerebelosa, peduncular y protuberancial) y se profundiza la desorganización córtico límbica: somnolencia progresiva, obnubilación, confusión mental, lenguaje deshilvanado e incoherente, temblores, disartria, incoordinación psicomotora, diplopía, ataxia, vómitos; culminando con un sueño profundo, del que se emergerá habi-

tualmente, con los síntomas clásicos: cefalea intensa, malestar general e hipomnesia (denominado en la jerga popular «resaca»). La ebriedad simple requiere sueño y reposo, puede ayudar la ingestión de líquidos y café.

2. Intoxicación complicada

(fase comatosa de Boudreau)

Se presenta cuando la cantidad de alcohol ingerido o la velocidad con que se bebe, son excesivas; también en personas de poca tolerancia: constitucional, edad, sexo o en alcohólicos crónicos que hacen una tolerancia invertida.

Se impregnan estructuras bulbares y medulares, produciéndose su inhibición funcional y desorganización máxima de los niveles superiores: coma, midriasis, bradicardia progresiva, hipotensión, respiración dificultosa, hipo o anestesia sensitiva, arreflexia, pudiendo llegar a la muerte por colapso cardiorrespiratorio, broncoaspiración de vómitos o hemorragia meníngea.

Es una emergencia médica que requiere tratamiento bajo internación.

Es indispensable *establecer con seguridad el diagnóstico de coma alcohólico* y la posible concomitancia de otros síndromes comatosos: traumatismos craneoencefálicos, hematomas subdurales por caídas, hemorragia meníngea o digestiva, hipoglucemia.

El tratamiento de la intoxicación grave requiere ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos, atención al control de equilibrio ácido-base del paciente, electrolitos e hidratación parenteral con suero con dextrosa y vitaminoterapia (B1, B6, B12).

3. Intoxicación patológica

(o *idiosincrásica*)

Este cuadro fue estudiado y descrito por distinguidos psiquiatras representantes de la clásica psiquiatría francesa como Paul Garnier, Dupré, Clérambault, entre 1905 y 1921.

Clérambault describió tres formas clásicas de ebriedad patológica: *excitomotriz*, *alucinatoria* y *delirante*. Se presentan en individuos con personalidades psicopáticas, epileptoides o esquizoides, y cuyos

síntomas duran lo que el período de ebriedad, desapareciendo para volver a quedar latentes.

Ebriedad excitomotriz: se caracteriza por su violencia y agresividad, furia destructiva, gritos, insultos, golpes. Muy frecuentemente existe un fondo epileptoide.

Ebriedad alucinatoria: con la ingesta de alcohol, aparecen alucinaciones polisensoriales (visuales, auditivas, corporales) en un clima persecutorio que puede llevar a reacciones auto o heteroagresivas; frecuentemente existe un fondo esquizoide de personalidad, también denominada por algunos autores como ebriedad confusio-onírica.

Ebriedad delirante: se caracteriza por cuatro temas fundamentales:

- Celos, con ideas de venganza
- Persecución, con reacciones autoagresivas y suicidas
- Grandeza, personaje importante
- Autoacusación y autodenunciación, frecuente en personas de personalidades paranoideas

Se trata de verdaderos estados psicóticos breves, potencialmente peligrosos para el paciente y para los demás. Para prevenir conductas violentas es conveniente su tratamiento con antipsicóticos (*haloperidol*) y, de ser necesario, contención física.

Otros autores denominan a este cuadro como *intoxicación idiosincrásica, atípica o paranoide* y hacen referencia al síndrome conductual que se desarrolla rápidamente después que la persona consume una pequeña cantidad de alcohol.

La importancia de este diagnóstico radica en el *ámbito forense*, la intoxicación por alcohol no es aceptada como razón para evadir responsabilidad de los propios actos. Describen este cuadro con síntomas de confusión, desorientación, ilusiones, ideas delirantes transitorias y alucinaciones visuales. Pueden también presentar conductas impulsivas y agresivas, e ideas de suicidio. El trastorno que suele durar unas pocas horas, culmina con un período de sueño prolongado y, al despertar, las personas son incapaces de recordar estos episodios.

El *tratamiento de este síndrome* consiste en proteger al paciente de sus propios actos

y también a su entorno: contención física y antipsicóticos (*haloperidol*), preferentemente utilizando la vía intramuscular, para controlar la agresividad. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la epilepsia parcial compleja de lóbulo temporal.

Abstinencia de alcohol

La abstinencia, puede ser un cuadro grave, aun cuando no existiera *delirium*; suelen ocurrir crisis comiciales e hiperactivación autonómica. Los síntomas comienzan cuando la concentración en sangre disminuye bruscamente —entre las primeras 4 y 12 horas— después de haber interrumpido o reducido la bebida, no obstante, alcanzan su máxima intensidad a las 48 horas y mejoran al 4° ó 5° día. La habitual progresión comienza con temblor después de 6 u 8 horas del cese del consumo, los síntomas neurovegetativos de 8 a 24 horas y los trastornos sensorceptivos pueden aparecer a las 8 ó 12 horas. Las crisis comiciales en 12 a 24 horas y el *delirium tremens* en el curso de las primeras 72 horas. Muchas veces, el cuadro no sigue la progresión mencionada y se instala directamente el *delirium tremens*.

- *Temblor*: aparece a las 6 a 8 hs del cese del consumo; es un temblor fino —con frecuencia a 6 vibraciones por segundo— y afecta a las manos, lo que se evidencia al extenderlas «en actitud de juramento». Algunas veces, se nota temblor en la lengua al sacarla, lo que se conoce como el «signo del trombón». Raramente afecta al tronco y se asocia a debilidad y calambres.

- *Síntomas neurovegetativos*: ansiedad, sudoración, rubor facial, midriasis, taquicardia, ligera hipertensión, náuseas, vómitos, anorexia.

- *Cambios de conducta*: irritabilidad, hostilidad, agitación, estado de alerta, respuesta exagerada de sobresalto, insomnio.

- *Función cognitiva*: disminución en la concentración, memoria y atención, juicio pobre.

- *Trastornos sensorceptivos*: pueden presentarse ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de *delirium* (juicio de realidad intacto).

- *Crisis comiciales*: son de características tónico clónicas generalizadas y es-

tereotipadas, acaecen entre las 12 y 24 hs de reducción de la ingesta. Puede afectar a alcoholizados etilistas sin trastornos neurológicos objetivos ni alteraciones en EEG previos. Pueden repetirse las crisis en un período de 3 a 6 hs, después de la primera instancia. Las causas de las mismas pueden ser difíciles de establecer cuando un paciente llega al servicio de guardia. La actividad comicial en un alcohólico crónico, debería hacer pensar —a los médicos generales— en otros trastornos causales: lesiones cerebrales, infecciones, neoplasias, enfermedades cerebrovasculares.

El abuso importante de alcohol durante largos períodos produce hipoglucemia, hipomagnesemia, hiponatremia, factores éstos que disminuyen el umbral convulsivo.

Tratamiento

Los fármacos de elección para controlar los síntomas de abstinencia son las *benzodiazepinas*. Pueden administrarse por vía oral o parenteral, *de preferencia lorazepam* debido a que se absorbe bien por vía intramuscular; es del grupo de alta potencia, posee una vida media intermedia y no presenta metabolitos activos que aumentarían la sedación. En cambio el *diazepam* se absorbe de manera errática por vía intramuscular y por vía endovenosa puede causar flebitis; tiene varios metabolitos activos que generarían sobredosis, son de baja potencia y presenta vida media prolongada.

El médico debe valorar cuál es la dosis necesaria de *benzodiazepinas*, comenzando con dosis altas y reduciéndolas progresivamente a medida que el paciente se va recuperando. La dosis debe ser suficiente para que el paciente permanezca en calma y sedado. La dosis inicial debe repetirse cada dos horas; posteriormente puede planificarse un esquema cada dos, cuatro o seis horas, de acuerdo a la severidad del cuadro. La evaluación de las primeras 48 a 72 hs. debe ser continua para prevenir la reagudización del cuadro o el *delirium tremens*.

Delirium Tremens (DT)

Es una *grave complicación* de la abstinencia alcohólica. Se presenta en un 5 % de

los pacientes que interrumpen su ingesta etílica, generalmente con antecedentes de consumo diario importante y –como mínimo– cinco años de evolución. Los pacientes con síntomas evidentes de abstinencia, deben ser controlados cuidadosamente para prevenir la progresión hacia el *delirium*.

Es una urgencia médica que presenta una *tasa de mortalidad del 20%* cuando no son tratados normalmente, como resultado de enfermedades médicas intercurrentes: neumonía, enfermedades renales, insuficiencia hepática, fallo cardíaco. Incluso con terapéutica óptima, el DT presenta una tasa de mortalidad del 5 al 10% como resultado de hipertermia, deshidratación o arritmias. Habitualmente el comienzo del cuadro se presenta alrededor de las primeras 24 a 72 hs del cese o disminución de la ingesta de alcohol y, a menudo, durante el tercer día de hospitalización de un paciente cuando éste ha sido ingresado por otras razones orgánicas y de quien no se conocía su dependencia al alcohol.

Los signos y síntomas incluyen:

- *Delirium*. Se presentan alteraciones cognitivas y de la conciencia: desorientación en tiempo y espacio, sensorio nublado, evolución fluctuante.

- *Hiperactividad autonómica*. Empeoramiento de signos y síntomas del síndrome de abstinencia temprano: taquicardia, hipertensión, taquipnea, fiebre, diaforesis, ansiedad, temblor generalizado, convulsiones, insomnio.

- *Alteraciones en la sensopercepción*. Alucinaciones –visuales o táctiles– vívidas: zoopsias, micropsias o macropsias; delirios profesionales o de ocupación; ideación delirante de características paranoides.

- *Fluctuaciones de los niveles de actividad psicomotora*. Fluctuaciones, desde la agitación psicomotriz a la letargia.

Cuando aparece el *delirium* por abstinencia alcohólica es probable que exista una enfermedad médica asociada, como insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, secuela de traumatismos craneales, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio electrolítico o estado posoperatorio.

Evaluación y manejo

Es necesario un tratamiento inmediato con los siguientes objetivos terapéuticos:

- Prevenir el agotamiento, disminuir la irritable del SNC, corregir las alteraciones hidroelectrolíticas.
- Si fuese necesario, realizar sujeción mecánica; deberán extremarse los cuidados para evitar que el paciente se genere heridas debido a su lucha con las ligaduras.
- Determinar el estado de hidratación y electrolítico (Ca, Mg, Na, K, Cl).
- Evaluar cuidadosamente al enfermo en busca de problemas médicos concomitantes: traumatismos craneoencefálicos, fracturas costales, infección.
- Evaluación neurológica detallada: observar si presenta signos neurológicos focales.
- Administración de una dieta hipercalórica con alto contenido en hidratos de carbono.
- Vitaminoterapia: *tiamina* (B1) por vía parenteral u oral, 300 mg diarios.
- Complejo vitamínico B12 y ácido fólico.

Tratamiento psicofarmacológico

Para el *delirium tremens* el mejor tratamiento es la prevención. Las moléculas de primera elección son las *benzodiazepinas* por el amplio margen terapéutico. Deben evitarse los antipsicóticos porque disminuyen el umbral convulsivo y estos pacientes presentan múltiples factores que los predisponen para presentar crisis comiciales; en caso de utilizarse, es conveniente el *haloperidol*.

Se administra *lorazepam* 4 mg por vía intramuscular, cada 30 minutos (*máximo tres dosis*), hasta lograr que se produzca:

- Disminución de la excitación psicomotriz.
- Sedación que responda a estímulos.
- Normalización de signos vitales.

Importante: monitorear los signos vitales cada 30 minutos y ajustar las dosis de *benzodiazepinas* en relación a evolución clínica.

En las primeras 24 hs, el ajuste de las dosis de *benzodiazepinas* exige controles continuos del paciente para establecer una adecuada terapéutica. Habitualmente el paciente requiere medicación cada 2 ó 4 hs. Transcurridas las primeras 72 horas, se in-

tentará la administración por vía oral. El *lorazepam* es el fármaco de elección dada su vía de metabolización (conjugación), ya que no produce metabolitos activos que aumenten la sedación del paciente y, además, es bien absorbido por vía intramuscular. Destacamos las diferencias con el *diazepam*, cuya vía de metabolización es la oxidación, su absorción intramuscular es errática y la aplicación endovenosa puede generar lesiones.

Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff

Este síndrome se asocia mayormente al consumo de alcohol, pero también puede presentarse en cualquier condición que produzca una deficiencia de *tiamina*, tales como síndromes de mala absorción, anorexia severa, tirotoxicosis o pacientes en hemodiálisis.

Clásicamente se caracteriza por una encefalopatía que comienza de manera abrupta, con los siguientes síntomas: confusión mental, ataxia cerebelosa y disturbios óculomotores; éstos pueden variar desde el *nistagmus* a la parálisis completa, están en relación con el motor ocular externo, estrabismo convergente, mirada lateral no conjugada; otros signos oculares son la reactividad lenta a la luz y anisocoria. Para realizar el diagnóstico no es necesario la tríada completa de síntomas; la frecuencia de presentación de la confusión mental es de casi el triple respecto de los de ataxia y las crisis oculares. La ataxia es troncal y puede preceder en días a la confusión mental. La encefalopatía tiene una mortalidad del 15% en caso de no tratarse y la recuperación es incompleta en el 40% de los casos.

Alrededor de un 80% de los pacientes puede desarrollar una *psicosis de Korsakoff*, fase crónica por deficiencia de *tiamina*, que se caracteriza por presentar trastornos de memoria, amnesia anterógrada y retrógrada, desorientación, apatía y fabulación de relleno.

Tratamiento

Los estadios iniciales de la *encefalopatía de Wernicke* responden rápidamente a dosis altas

de *tiamina* parenteral, hasta 1000 mg/día. Es conveniente *administrar primero tiamina* antes que la solución dextrosada, debido a que la *tiamina* es cofactor en el metabolismo de la glucosa, en las vías glucolítica y pentosafosfato, y el estado carencial puede exacerbarse, incluso desencadenarse, por una carga de glucosa si no ha recibido previamente *tiamina*. Para el tratamiento preventivo —y mantenimiento— puede utilizarse *tiamina* 100 mg, vía oral, 3 veces al día.

Encefalopatía alcohólica peligrosa (déficit de niacina)

Es un diagnóstico a tener en cuenta en los pacientes que *parecen presentar un síndrome de Wernicke-Korsakoff*, pero que no responden al tratamiento con *tiamina*.

Entre los *síntomas* de este cuadro mencionamos: confusión, obnubilación de conciencia, mioclonías, hipertonías, fatiga, irritabilidad, insomnio, anorexia y algunas veces *delirium*. Los pacientes sufren un déficit de *niacina* (ácido nicotínico) y el tratamiento específico consiste en administrar *niacina* 50 mg, vía oral, 4 veces al día, ó 25 mg por vía parenteral 2 a 3 veces al día.

Benzodiazepinas y Barbitúricos

Estos compuestos se caracterizan por su sedación, por reducir la tensión subjetiva e inducir tranquilidad. Las principales indicaciones no psiquiátricas de estos fármacos son como antiepilépticos, relajantes musculares y anestésicos. El alcohol y todas las sustancias de este grupo presentan tolerancia cruzada y suma de efectos. Se desarrolla dependencia física y psicológica de estas sustancias, como también síntomas de abstinencia.

Benzodiazepinas

En el año 1960 fueron sintetizadas las primeras *benzodiazepinas*. Tienen una indiscutible importancia en la farmacoterapia de enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas, su elección debe estar determinada por

una estrategia terapéutica bien definida y delimitada, debido a la tolerancia y dependencia que generan. Conjuntamente con los hipnóticos y analgésicos menores, son los fármacos que más se utilizan como sintomáticos.

El tiempo de empleo debe ser limitado y en dosis bien supervisadas, debido al alto riesgo de abuso y automedicación que presentan.

Intoxicación

La intoxicación por *benzodiazepinas* puede asociarse con una desinhibición conductual que en algunas personas puede llegar a un comportamiento hostil o agresivo. Este efecto es más frecuente cuando se asocia con el consumo de alcohol. Puede generar lenguaje farfullante¹, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención y memoria, estupor o coma. Al contrario de los barbitúricos, tienen un amplio margen de seguridad cuando se produce una sobredosis, sin embargo, cuando está asociado el consumo de éstas a alcohol, o en combinación con otros sedantes o hipnóticos, pequeñas dosis pueden ser letales o con secuelas invalidantes. La disponibilidad de *flumacénil*, un antagonista específico de *benzodiazepinas*, ha reducido la letalidad de éstas últimas.

Abstinencia

Después de un mes de consumo regular, sobre todo las *benzodiazepinas* de alta potencia y vida media corta (*alprazolam*), pueden generar un cuadro de abstinencia a las 24 a 72 hs del retiro abrupto. También puede presentarse con el resto del grupo (*lorazepam*, *clonazepam*, *bromazepam*, *diazepam*).

Los *síntomas* son: temblores, sudoración, marcha inestable, nerviosismo, agresividad, insomnio, síndrome seudopiléptico, desorganización intelectual y hasta un cuadro de *delirium* con trastornos sensorio-perceptivos e ideación delirante; en ocasiones convulsiones. Es conveniente respetar técnicas de retiro o supresión gradual de las mismas, para

evitar complicaciones; asociadas a un buen diagnóstico de situación de la problemática, debido a la posibilidad de otras alternativas psicofarmacológicas y terapéuticas (trastornos de ansiedad, afectivos o de personalidad, entre otros). Algunos esquemas plantean que el rango de reducción debe ser del 50 % del consumo por semana, con control médico cada siete días si se logra una buena *compliance*.² Otros esquemas sugieren reducir 25 % por semana y cambiar a una *benzodiazepina* de acción prolonga ante el mínimo indicio de aparición de síntomas de abstinencia. El esquema a seguir será determinado por la clínica del paciente y por un estrecho seguimiento del mismo.

Barbitúricos

Antes de la aparición de las *benzodiazepinas*, los barbitúricos se recetaban con frecuencia, pero a causa de su gran potencial de abuso y su reducido margen de seguridad, su utilización se ha limitado a neurología y anestesia. El *barbital* y *fenobarbital* son fármacos de vida media larga (12-24 hs); el *amobarbital* es de vida media intermedia (6-12 hs); el *pentobarbital* y *secobarbital* tienen semivida corta (3-6 hs).

En algunos países, se utilizan como sustancias de abuso: el *secobarbital* popularmente conocido como *reds* o *reggies*, el *pentobarbital* conocido como *yellow jacks*, entre otras denominaciones dadas por los vendedores callejeros.

Intoxicación

Cuando estas sustancias se consumen en dosis bajas, sus síntomas son casi indistinguibles de los de la intoxicación alcohólica. Los síntomas incluyen laxitud, incoordinación, dificultad para pensar, escasa memoria, lentitud en el habla y comprensión, impulsos agresivos y sexuales, merma en la atención, ideas paranoides y suicidas. Los efectos neurológicos son nistagmo, diplopía, estrabismo, ataxia, signo de Romberg positivo, hipotonía y disminución de reflejos superficiales.

¹ Farfullar: hablar muy deprisa y atropelladamente. RAE. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe, 2001

² *Compliance*: ver cita 2, pág. 76 de esta obra.

Una sobredosis de barbitúricos es letal a causa de la inducción de depresión respiratoria que producen. Son frecuentes —además de los intentos de suicidio— las sobredosis no intencionales o accidentales. Se caracterizan por inducir coma, paro respiratorio, fallo cardiovascular y muerte.

El tratamiento de la sobredosis requiere lavado gástrico, administración de carbón activado y control preciso de constantes vitales y del SNC; si ingresan lúcidos al servicio de guardia y acorde al horario de la ingesta, se debe inducir el vómito y administrar carbón activado para reducir la absorción gástrica. Si el paciente está comatoso, se debe establecer una vía endovenosa, valorar signos vitales, intubación endotraqueal para garantizar permeabilidad de vías aéreas y, si es necesario, proporcionar ventilación mecánica. En estos casos es necesaria la hospitalización en Cuidados Intensivos y seguimiento por Toxicología.

La metacualona es una sustancia de acción similar a los barbitúricos, que ocupa un lugar intermedio entre la relativa seguridad de las benzodiazepinas y la elevada mortalidad de los barbitúricos. Una sobredosis puede provocar inquietud, *delirium*, hipertensión, espasmos musculares, convulsiones y —a altas dosis— la muerte, generalmente por combinación de esta sustancia con alcohol.

Abstinencia

Para prevenir la muerte súbita durante la abstinencia, los especialistas deben tener en cuenta una serie de consideraciones clínicas. No se deben administrar barbitúricos a pacientes comatosos o muy intoxicados. Hay que determinar la dosis diaria habitual de barbitúricos en cada paciente y verificar esta dosis clínicamente. Una vez establecida la dosis correcta, utilizar un barbitúrico de semivida larga durante el período de desintoxicación. La intervención de un toxicólogo es indispensable en este proceso.

Trastornos relacionados con cocaína

La cocaína es una de las sustancias adictivas de las que más se abusa y una de las

más peligrosas. Puede ser inhalada, inyectada, fumada o absorbida a través de las mucosas. Su capacidad para producir *dependencia* se relaciona con la vía de administración y es *mayor* cuando la droga se *fuma* o se *inyecta* en su forma pura (base libre, o productos intermedios del procesamiento de la pasta base o 'PACO')

El principal efecto farmacodinámico de la cocaína, que está relacionado con los efectos sobre la conducta, es el bloqueo competitivo de la recaptación dopaminérgica por el transportador de la dopamina. Este mecanismo incrementa la concentración de dopamina en el espacio sináptico y produce una mayor activación de receptores dopaminérgicos. También bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina. En general, la mayoría de los estudios indica que la cocaína se asocia a un descenso del flujo sanguíneo y disminución del consumo de glucosa a nivel cerebral.

Efectos asociados al consumo de cocaína

Uno de los efectos asociados con mayor frecuencia es la congestión nasal; también pueden aparecer lesiones en la mucosa nasal: inflamación, hemorragias y úlceras. El uso prolongado puede ocasionar la perforación del tabique nasal. La base libre y el crack fumado pueden dañar los bronquios y los pulmones. El consumo intravenoso se asocia a infecciones (HIV, hepatitis) y embolismos. Algunas complicaciones neurológicas menores son distonía aguda, tics y migrañas.

Los problemas más graves causados por el consumo derivan de sus efectos cerebrovasculares, epileptógenos y cardíacos. Alrededor de dos tercios de estos efectos tóxicos agudos aparecen al cabo de una hora de la intoxicación y un quinto de ellos se producen entre una y tres horas; el resto aparece varios días después.

Efectos cerebrovasculares

Las enfermedades cerebrovasculares más frecuentemente asociadas al consumo son los *infartos cerebrales no hemorrágicos*. Cuando aparecen los infartos hemorrágicos,

pueden ser subaracnoideos, intraparenquimatosos e intraventriculares. También se han asociado accidentes isquémicos transitorios (AIT) y la aparición de hemorragias medulares. El mecanismo fisiopatológico subyacente a estos trastornos vasculares es la vasoconstricción, aunque se han propuesto otros mecanismos asociados.

Crisis convulsivas

Estos episodios representan del 3 % al 8 % de las urgencias relacionadas con cocaína. Es la sustancia de abuso que más se relaciona con la aparición de crisis convulsivas (la segunda es la *anfetamina*). Habitualmente se trata de crisis únicas, aunque suelen ocurrir crisis múltiples y estatus epilépticos. Una complicación poco frecuente –e infradiagnosticada– es el estatus epiléptico parcial en pacientes que presentan un trastorno psicótico relacionado con cocaína que sigue un curso fluctuante inusual. El riesgo de una crisis comicial es mayor en aquellos pacientes con antecedentes de epilepsia y que consumen cocaína.

Efectos cardíacos

Los infartos de miocardio y las arritmias, son los trastornos cardiovasculares más relacionados. Con el consumo a largo plazo pueden aparecer miocardiopatías; desde infartos cerebrales secundarios a embolismos, suelen ser las complicaciones asociadas a la disfunción miocárdica inducida por cocaína.

Muerte

Las altas dosis de cocaína se han asociado a: crisis, depresión respiratoria, enfermedades cerebrovasculares e infartos de miocardio, que llega a provocar la muerte en los consumidores. Estas personas experimentan signos de alarma tales como síncope o dolor torácico, pero suelen ignorarlo dado el deseo compulsivo de seguir consumiendo.

La asociación de consumo de cocaína y alcohol genera –por metabolización hepática– un metabolito (etileno de cocaína o cocaetileno) de elevada cardiotoxicidad. También se han detectado muertes por la administración de las vulgarmente denomi-

nadas *speed balls*, que son una combinación de opioides y cocaína.

Intoxicación por cocaína

Los *síntomas* comienzan entre varios minutos y una hora después de la administración de la droga. La duración de acción de la cocaína es corta, la vida media de eliminación es de una hora.

Entre los *signos conductuales* se observa: agitación, agresividad, ideación paranoide o alucinaciones, *delirium*, excitación y alteración del juicio.

Los *signos físicos* incluyen: taquicardia, hipertensión, midriasis, sudoración y escalofríos, temblor, náuseas y vómitos, hipertermia, arritmias, síncope, dolor precordial y, por el consumo en grandes dosis, se presentan convulsiones, depresión respiratoria, coma y muerte.

La cocaína se consume porque *produce* sensación de bienestar, euforia, aumento de la autoestima y una sensación de mejora en las tareas físicas y mentales. Los síntomas de intoxicación –a dosis altas– generalmente consisten en agitación, irritabilidad, alteración del juicio de realidad, conducta sexual impulsiva y potencialmente peligrosa, agresividad, aumento generalizado de la actividad psicomotora y –probablemente– síntomas de manía. Los síntomas físicos que aparecen con más frecuencia son taquicardia, hipertensión y midriasis.

Evaluación y manejo

1. Tomar los signos vitales del paciente. Si hay fiebre, tratarla inmediatamente. Monitorizar con frecuencia la tensión arterial y el pulso de la persona.
2. Asegurar al paciente que los síntomas son pasajeros y se resolverán pronto.
3. Determinar además si está consumiendo otras drogas (opiáceos, sedantes e hipnóticos y alcohol).
4. La sujeción mecánica y el aislamiento son el último recurso y casi siempre resultan necesarios.
5. Los síntomas psicóticos pueden resolverse tras el episodio agudo, no obstante, llegan a persistir en los grandes consumidores, en especial en personas vulnerables; su curso puede durar semanas o

meses, siendo necesario el abordaje farmacológico. El síndrome denominado *trastorno delirante por cocaína* se caracteriza por presentar deformación de la imagen corporal, ideación delirante persecutoria, alucinaciones cenestésicas (bichos que caminan por arriba o por debajo de la piel).

6. Considerar el ingreso del paciente para una desintoxicación. Esta situación será probablemente evaluada por un equipo de salud mental, para que se integre en un plan de tratamiento y rehabilitación.
7. Informar al paciente sobre la abstinencia de la cocaína.

Abstinencia por cocaína

Este cuadro se caracteriza por síntomas de disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, hipersomnia y algunas veces agitación, al interrumpir el consumo o tras una intoxicación aguda.

- Con un consumo leve a moderado, los síntomas de abstinencia aparecen en unas 18 hs.
- La aparición de sintomatología implica dependencia.
- Los síntomas pueden durar hasta una semana y alcanzan su máximo entre los 2 y 4 días.
- Algunos pacientes refieren síndromes de abstinencia que han durado semanas o meses.
- Durante la abstinencia, el *craving* (ansias de droga) puede ser muy intenso.
- La gravedad del cuadro está relacionada con la cantidad, la duración del consumo y la vía de administración.
- Pueden presentar ideación paranoide o suicida y ánimo depresivo.
- El consumo de cocaína puede enmascarar trastornos de personalidad *borderline* o antisocial, comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos como dependencia de alcohol, de sedantes e hipnóticos.
- Los pacientes acostumbra a resolver los síntomas de abstinencia volviendo a consumir cocaína.
- Las tasas de recaídas son altas incluso después de la desintoxicación.

Criterios diagnósticos DSM-IV para la abstinencia de cocaína

A) Interrupción o disminución del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.

B) Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio A:

1. Fatiga
2. Sueños vívidos y desagradables
3. Insomnio o hipersomnia
4. Aumento del apetito
5. Retraso o agitación psicomotriz

C) Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D) Los síntomas no son debidos a enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Evaluación y manejo

1. Valorar el riesgo de suicidio. A pesar de que el síndrome se resuelva a los pocos días, las personas con ideas de suicidio precisan de la evaluación por el equipo de Salud Mental y posiblemente internación especializada.
2. Es necesario determinar la vía, la frecuencia, cantidad de cocaína consumida y el tiempo transcurrido después de la última toma.
3. Evaluar el consumo de otras sustancias y comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos.

Farmacoterapia

Los síntomas que incluyan irritabilidad, fatiga extrema, hambre, náuseas, retardo psicomotor, pueden tratarse con *levomepromacina* o *benzodiazepinas*. Si aparecen síntomas psicóticos, el esquema sugerido es utilizar antipsicóticos (*haloperidol*) 2 a 5 mg, 4 veces al día, hasta que cese el cuadro. Los IRSS y los antidepresivos duales (ej. *venlafaxina*), han demostrado una notable eficacia en el tratamiento de la depresión. Para la prevención de la recaída y procurar el alivio o disminución de deseos

–impulsivos y compulsivos– de búsqueda de droga, se utilizan fármacos como el *topiramato* y el *divalproato* de sodio.

Pasta base de cocaína (PACO)

El *paco* es un producto intermedio de procesamiento de la cocaína, que contiene elementos altamente tóxicos y nocivos: sulfato de cocaína, solventes (kerosene y nafta), ácidos (benzoico-sulfúrico-clorhídrico).

El consumo de pasta base en los últimos 4 años aumentó 200 % (entre estudiantes secundarios, en la provincia de Bs.As., Argentina).

- 70 000 jóvenes de entre 16 y 26 años probaron *paco* en el conurbano bonaerense.³

- En el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) (Berazategui, Buenos Aires, Argentina) el 70 % de los jóvenes es atendido por consumo de pasta base.

Altamente adictiva y tóxica, genera severas conductas compulsivas de búsqueda, consumo y descontrol de los impulsos. Aumentó el delito y la promiscuidad con la consecuente incidencia en el contagio de enfermedades de transmisión sexual (HIV, hepatitis).

Desarrolla rápidamente tolerancia y sensibilización a nivel psicomotriz, cuadros de hipertensión y estereotipias motoras. Es muy frecuente la aparición de intensos sentimientos de culpa-ansiedad e ideas suicidas pos consumo, síntomas paranoides y trastornos sensorceptivos. El deterioro del estado general es alarmante ya que presenta anorexia, adelgazamiento, insomnio y –además– se produce una pérdida de las normativas sociales.

El consumo crónico se asocia a lesiones en corteza prefrontal y frontal, disminución en el flujo arteriolar cerebral y actividad metabólica, generando severas dificultades en el control de impulsos, descontrol emocional y violencia.

Trastornos relacionados con anfetaminas

Las *anfetaminas* fueron sintetizadas inicialmente con fines terapéuticos y se utili-

zan legalmente para tratar diversos problemas médicos y psiquiátricos (narcolepsia, trastorno por déficit de atención). En los EE UU de Norteamérica, las anfetaminas que más se utilizan son: la *dextro anfetamina*, la *metaanfetamina* y el *metilfenidato*. En la calle, estas drogas reciben el nombre de *ice*, *crystal* y *crystal meth*.

Como grupo general se las conoce como simpático-miméticos o psicoestimulantes. Las anfetaminas clásicas se han utilizado, según instancias socioculturales, para aumentar el rendimiento intelectual o físico e inducir sensación de euforia (estudiantes que preparan exámenes, conductores que realizan viajes de largo recorrido, deportistas de alta competencia), o como anorexígeno (en mujeres u hombres que quieren bajar de peso, habitualmente enmascaradas junto a otros fármacos en productos preparados).

Otras sustancias anfetamínicas son la *efedrina* y la *propranolamina*, ambas a la venta en EE UU como descongestivo nasal, sin receta médica. La *fenilpropranolamina* se encuentra también como supresor del apetito. Aunque de menor potencia que las anfetaminas clásicas, la *efedrina* y la *propranolamina* son objeto de abuso, por su fácil acceso y bajo precio. Ambas drogas pueden exacerbar la hipertensión de forma peligrosa, precipitar una psicosis tóxica o provocar la muerte. El margen de seguridad para la *propranolamina* es bastante estrecho, una dosis tres o cuatro veces superior a la normal puede producir una hipertensión que represente riesgo vital.

El *riesgo de dependencia y adicción es tan alto como el de la cocaína*, dado que sus niveles de tolerancia son bajos y requieren cada vez de mayores dosis para conseguir el mismo efecto (Colfax GN, 2005).

Se pueden consumir por vías oral, endovenosa, o intramuscular diluyendo los preparados. Con el uso habitual la tolerancia se produce rápidamente, apareciendo dependencia psíquica intensa, que lleva a requerir dosis crecientes para evitar las sensaciones desagradables producidas por

³ Ciudades de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), que rodean a la Capital Federal

la interrupción el consumo. Estos efectos también pueden producirse con el uso esporádico.

Efectos del consumo esporádico de anfetaminas

A bajas dosis (5 mg en sujetos no habituados) produce: euforia, disminución de fatiga, sueño y apetito, sensación de aumento del rendimiento y auto confianza. También, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la tensión arterial, relajación de la musculatura lisa intestinal, midriasis, cefaleas, temblor y sensación de vértigo. En el plano sexual, dificulta la erección y retarda la eyaculación, aunque en dosis altas y consumo prolongado, generan impotencia y otras disfunciones sexuales.

Intoxicación por anfetaminas

Las reacciones tóxicas más significativas se presentan en consumidores esporádicos que ingieren grandes dosis en un corto período de tiempo. Las anfetaminas y otros simpaticomiméticos causan síntomas físicos y conductuales: elevación del humor, de la autoestima y del alerta mental, la grandiosidad, hipervigilancia, beligerancia, agitación psicomotriz, afectación del juicio; también, el funcionamiento social y laboral pueden estar notablemente alterados.

Los *síntomas físicos* gastrointestinales, cardíacos y cerebrovasculares, se destacan entre los eventos adversos más graves asociados al abuso de anfetaminas. Dentro los cuadros de mayor riesgo vital se encuentran el infarto agudo de miocardio, la hipertensión grave, la enfermedad cerebrovascular y la colitis isquémica.

Los *síntomas neurológicos*, de acuerdo a la dosis consumida, se suceden desde el temblor a la tetania, crisis convulsivas, coma y muerte.

El consumo intravenoso se asocia a la transmisión de HIV y hepatitis, desarrollo de abscesos pulmonares, endocarditis y angeítis necrosante. Entre los eventos adversos menos peligrosos se distinguen: rubor o palidez, fiebre, dolor de cabeza,

taquicardia, náuseas, vómitos, bruxismo, respiración entrecortada, temblor y ataxia. El consumo de anfetaminas en mujeres embarazadas hace que los recién nacidos presentan bajo peso, menor perímetro cefálico, parto prematuro y retraso en el crecimiento.

En la *intoxicación grave* se producen: *delirium*, trastorno delirante (típicamente paranoide) y alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Con las sobredosis aparecen convulsiones y también se han descrito muertes súbitas relacionadas a complicaciones cardíacas.

Evaluación y manejo

Los objetivos inmediatos son: reducir la irritabilidad y la hiperactividad neurovegetativa. En caso de que aparezcan, controlar los síntomas psicóticos y efectuar una rápida excreción de la droga. La agitación, la elevación de signos vitales (especialmente la hipertermia), las convulsiones o las posibles alteraciones cardiovasculares (arritmias e hipertensión), exigen control y tratamiento específicos.

Farmacoterapia

Para tratar los síntomas conductuales, se utilizarán benzodiazepinas (*clonazepam*, *lorazepam*). Si se presentaran síntomas psicóticos: *haloperidol*.

Síndrome de abstinencia de anfetaminas y sustancias simpaticomiméticas

Se caracteriza por un cuadro de fatiga intensa, insomnio o hipersomnia, agitación, angustia, ansia de droga y depresión. La abstinencia se presenta habitualmente a los tres días después de la disminución del consumo. Los síntomas y signos alcanzan su pico máximo en 2 a 4 días y consisten en disforia, depresión, ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño, fatiga y apatía. Los pacientes presentan tendencias suicidas, que pueden persistir junto a los síntomas depresivos durante meses. El tratamiento farmacológico es similar al utilizado en el síndrome de abstinencia por cocaína.

Anfetaminas sustituidas

• 3,4 METILENDIOXIANFETAMINA

(MDMA - ÉXTASIS)

Debido a sus efectos sobre el sistema dopaminérgico, son activadoras y energizantes. Sus acciones sobre el sistema serotoninérgico proporcionan efectos alucinógenos.

Los efectos que refieren con más frecuencia los consumidores de MDMA son la sensación de intimidad con los demás, incremento de luminiscencia de los objetos, apertura afectiva, comunicación desinhibida, empatía. Produce sensación de gran energía física, con aumento de la actividad motora (hiperactividad) bienestar general y euforia.

Cuando el efecto de estas sustancias remite, se acompaña de sed intensa y —en algunos casos— de estados depresivos, generándose situaciones de riesgo debido a la asociación de bebidas estimulantes con alto contenido de cafeína (aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares como hipertensión o arritmias) o a moléculas antidepresivas (IRSS como la fluoxetina) que pueden provocar interacciones y producir un síndrome serotoninérgico.

Producen muchos de los efectos adversos de las anfetaminas clásicas, pero algunos son exclusivos de estas sustancias. Uno de los eventos más graves asociado a este consumo es la hipertermia, que se exagera con la hiperactividad excesiva como en los bailes que tienen lugar en sitios abarrotados y calurosos (discotecas o eventos *rave*⁴). Existen reportes de muertes producidas en estas circunstancias. En casos de toxicidad por sobredosis, pueden producirse hipertermia y síndrome serotoninérgico. Existe riesgo de deshidratación cuando hay alta actividad física y poca hidratación, asociado además, a otras drogas como *éxtasis* (PMA, DXM o meta anfetamina). La ingestión de alcohol agrava los riesgos potenciales de todas sustancias.

• META ANFETAMINA (DESOXIEFEDRINA)

Es un potente psicoestimulante agonista adrenérgico sintético, de estructura quími-

ca similar a la anfetamina, pero sus efectos sobre el SNC son más pronunciados y selectivos.

La *meta anfetamina* es conocida por sus *efectos adictivos*. Excita receptores neuronales vinculados a las señales de recompensa y gratificación, produciendo euforia, alivio de la fatiga y mejora del rendimiento en tareas simples e insomnio.

Los efectos de esta molécula duran aproximadamente 6 u 8 horas, aunque los adictos a esta sustancia pueden quedar despiertos por varios días, generando un creciente agotamiento físico, psicológico y cognitivo, porque estas señales están siendo bloqueadas por la droga (fatiga, sueño, hambre).

Cuando la meta anfetamina abandona el organismo, estos sujetos consumidores pueden experimentar estados de gran agitación psicomotriz, comportamientos violentos y delirios persecutorios, llegando a cuadros de disociación psíquica apenas distinguibles del tipo que caracterizan a una esquizofrenia paranoide.

Estos cuadros habitualmente se producen por sobredosificación o en caso de abuso crónico de altas dosis (especialmente por vía parenteral).

A la meta anfetamina callejera se la conoce como *speed*, *meth* (entre otras denominaciones). La forma fumada de la droga se suele llamar *ice*, *crystal* o *glass*.

Medidas generales - Abordajes terapéuticos

El tratamiento de las dosis altas o sobredosis con estimulantes, debe comprender:

- Vía aérea permeable y estabilidad circulatoria
- Si hay sobredosis oral, realizar lavado gástrico
- En caso de *hipertermia*, utilizar paños fríos o hielo
- Si presenta convulsiones, indicar *diazepam* 5 a 20 mg EV
- Si presenta *hipertensión*, favorecer la excreción de la droga, acidificar la orina llevándola a un pH de 6,6
- Si presenta *ansiedad*, utilizar *benzodiazepinas*

⁴ Rave: 1. delirar, 2. fiesta con música *acid*. Oxford Dictionary, Oxford University Press, 1996

- En caso de presentar *agitación* marcada o excitación psicomotriz con síntomas psicóticos, indicar *haloperidol* 5 mg IM, cada 30 o 60 minutos (como máximo 3 dosis)
- Es conveniente que el paciente permanezca en una habitación tranquila.
- La *abstinencia* de estas sustancias, producen síntomas similares a los de las anfetaminas clásicas.
- El intenso deseo, asociado a los síntomas depresivos, puede ser un factor crítico de recaída.

Efectos a corto plazo de la MDMA

- Sensación de proximidad a otras personas
- Trismos
- Taquicardia
- Bruxismo
- Boca seca
- Estado de alerta
- Luminiscencia de los objetos
- Temblor
- Palpitaciones
- Diaforesis
- Dificultades en la concentración
- Parestesias
- Insomnio
- Ráfagas de calor o frío
- Incremento de calor a frío
- Mareos o vértigos
- Alucinaciones visuales
- Visión borrosa

Efectos a mediano plazo de la MDMA

- Somnolencia
- Dolores musculares y fatiga
- Sensación de proximidad a otras personas
- Depresión
- Tensión de los músculos mandibulares
- Dificultades en la concentración
- Cefalea
- Boca seca
- Ansiedad, preocupación o temor
- Irritabilidad

Trastornos relacionados con inhalantes

Entre las *sustancias inhalantes* destacamos a disolventes, pegamentos, adhesivos, ae-

rosoles, pinturas y combustibles. Sus componentes activos son el tolueno, la acetona, el benceno, tricloroetano, percloroetileno, tricloroetileno, 1,2 dicloropropano y los hidrocarburos halogenados. Ejemplos concretos de estas sustancias son la gasolina, barniz, combustible de encendedores, pegamentos, líquidos de limpieza, pinturas en spray, crema de zapatos y líquido corrector de máquina de escribir. Los gases anestésicos –óxido nitroso, éter– y algunos vasodilatadores como el nitrito de amilo, no obstante que el DSM IV los excluye de esta clasificación, comparten la vía de utilización (inhalación).

Los inhalantes se consiguen con mucha facilidad, son legales y accesibles económicamente, factores éstos que contribuyen a su elevado consumo entre personas de bajos recursos económicos y entre jóvenes (menores de 18 años). Los consumen mediante una bolsa de plástico, un tubo, lata o trapo empapado por la sustancia, aspirando por la nariz o boca. El uso se ha incrementado notablemente en los últimos tiempos, con ingresos a servicios de urgencias donde, en algunos casos, se han reportado muertes.

Estas drogas se consideran depresores del SNC. Se absorben rápidamente a través de los pulmones y llegan al cerebro. Los efectos se notan en 5 minutos y pueden durar de 30 minutos a varias horas. Las concentraciones en sangre se incrementan cuando aquellas se asocian al consumo de alcohol. El metabolismo se realiza en hígado (la mayor parte); el 20% es excretado por pulmones sin cambios; en sangre se detecta entre 4 y 10 horas después de su consumo.

Al iniciar el consumo con dosis bajas, pueden producir sentimientos de euforia, excitación y sensaciones agradables, como «estar flotando». A dosis altas pueden causar otros síntomas psicológicos como temores, ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas, y distorsiones del tamaño corporal. Los *síntomas neurológicos* pueden ser: empobrecimiento del discurso, enlentecimiento del habla y ataxia. El consumo durante tiempo prolongado se asocia a irritabilidad, labilidad emocional y alteraciones de la memoria. Es posible desarrollar tolerancia a los

inhalantes y también puede producirse –no muy frecuentemente– un síndrome de abstinencia que se caracteriza por alteraciones del sueño, irritabilidad, nerviosismo, sudoración, náuseas, vómitos, taquicardia y, en ciertas ocasiones, ideas delirantes y alucinaciones. Los efectos adversos potencialmente graves pueden ser causa de muerte como consecuencia de depresión respiratoria, arritmias cardíacas, asfixia, aspiración del vómito o accidentes; éstos se producen, por ejemplo, cuando se conduce bajo los efectos de estas sustancias, o inversamente, jóvenes en situación de calle que cruzan la calzada o permanecen en ellas, y resultan arrollados por vehículos en tránsito. Otros efectos graves relacionados con el consumo a largo plazo son los daños renales o hepáticos irreversibles, y lesiones musculares permanentes debidas a rabdomiólisis.

La combinación de disolventes orgánicos y altas concentraciones de metales pesados, cobre y zinc, ha sido relacionada con el desarrollo de atrofia cerebral, epilepsia del lóbulo temporal, disminución del nivel de inteligencia (CI) y cambios en el electroencefalograma.

Otros efectos adversos pueden ser alteraciones cardiovasculares y pulmonares (dolor torácico y broncoespasmo), síntomas gastrointestinales (dolores, náuseas, vómitos y hematemesis), y otros signos y síntomas neurológicos (neuritis periférica, dolores de cabeza, parestias, signos cerebelosos y encefalopatía por plomo). En los consumidores de tolueno se observan atrofia cerebral, acidosis tubular renal, y alteraciones motoras a largo plazo. En mujeres embarazadas, numerosos estudios alertan sobre los graves efectos sobre el desarrollo fetal, que se producen cuando la madre consume o se expone a inhalantes.

Intoxicación

El consumo reciente, intencionado, o la breve exposición a dosis altas de inhalantes, puede generar cambios en la conducta (falta de adaptación) y síntomas orgánicos.

La intoxicación se caracteriza por apatía, desmejoramiento del funcionamiento social y laboral, juicio alterado, y conduc-

ta impulsiva o agresiva. Se acompaña con frecuencia de náuseas, nistagmo, disminución de los reflejos y diplopía.

Las altas dosis durante largo período harán que el estado neurológico del consumidor evolucione hacia el estupor y la pérdida de conciencia, pudiendo presentarse amnesia después del período de intoxicación. Algunas veces es posible identificar a una persona que ha inhalado recientemente debido al enrojecimiento alrededor de su nariz o boca, aliento con olor peculiar, restos de inhalantes en la cara, manos o ropa, e irritación en ojos, garganta, pulmones y nariz. Pueden generarse cuadros de *delirium* por los efectos directos de tales elementos, por las interacciones farmacodinámicas con otras sustancias y por la hipoxia asociada al método de inhalación. Si el *delirium* conlleva a trastornos conductuales graves, se evaluará la necesidad de administrar antagonistas de receptores dopaminérgicos (*haloperidol*) durante un corto período. Las *benzodiazepinas deben evitarse* por la posibilidad de añadir al paciente efectos depresores sobre el sistema respiratorio.

Es posible que se presenten *cuadros de demencia persistente* debido a los efectos neurotóxicos de los inhalantes, de los metales pesados que suelen utilizarse en estos productos, o a los efectos de los prolongados y frecuentes períodos de hipoxia. Los *estados paranoides* son posiblemente los síndromes psicóticos *más frecuentes* durante la intoxicación por inhalación; también pueden presentarse alucinaciones visuales y auditivas. Se han descrito *estados de ansiedad* generalizada y pánico, asociados a trastornos depresivos.

Tratamiento y rehabilitación

La detección de la utilización de elementos para inhalación en los adolescentes indica que éstos deberían recibir *información y educación* sobre el consumo de todas las sustancias en general. La presencia de un diagnóstico asociado, de trastorno de conducta o de trastorno antisocial de la personalidad, debería inducir al clínico a tratar la situación con profundidad, debido a la alta posibilidad de que el adolescente se involucre posteriormente en el consumo de otras

drogas. En la mayoría de los casos, las personas que abusan o generan dependencia, son de mayor edad, muy debilitados, que seguramente necesitan una intervención social como parte del abordaje terapéutico.

Trastornos relacionados con alucinógenos

Son sustancias denominadas *psicodélicos* o *psicomiméticos*, que se caracterizan por producir alucinaciones, pérdida de contacto con la realidad, y una experiencia de expansión y elevación de la conciencia.

Los alucinógenos están clasificados como drogas del Grupo I y la FDA⁵ ha dictaminado que no tienen indicaciones médicas y presentan un elevado potencial de abuso. Los *alucinógenos naturales* son la *psilocibina* (se extrae de algunos hongos), la *mescalina* (del cactus peyote) y también la *harmina*, *harmalina*, *ibogaína* y la *dimetilriptamina* (DMT).

El *alucinógeno sintético* clásico es la *dietilamida del ácido lisérgico* (LSD), sintetizada en el año 1938 por Albert Hoffman. Está considerado como el alucinógeno típico y sus características de acción se aplican a otras sustancias de este tipo. Su mecanismo de acción a nivel central se produce mayoritariamente sobre el sistema serotoninérgico; de acuerdo a estudios realizados, se obtuvieron datos que sugieren que actúa como un agonista parcial en los receptores serotoninérgicos pos sinápticos. Los efectos simpático miméticos del LSD aparecen en el transcurso de 1 hora, alcanzando su punto máximo en 2 a 4 hs y permaneciendo hasta 8 a 12 hs. Estas alteraciones consisten en temblores, taquicardia, hipertensión, hipertermia, sudoración, visión borrosa y midriasis, y muerte relacionada con patología cardíaca o cerebrovascular asociada a la hipertensión o la hipertermia. El consumo de LSD se ha asociado a cuadros de hipertermia maligna. La muerte también puede ocurrir debido a las lesiones físicas recibidas cuando la persona tiene el juicio alterado en la intoxicación, en accidentes de tránsito o al intentar volar.

La mayoría se absorbe bien por vía oral, no obstante, algunos se fuman o se administran por vía endovenosa. Habitualmente generan tolerancia y el consumidor desarrollará dependencia psicológica de las vivencias internas que se experimentan. Con el consumo de alucinógenos, las *percepciones* se vuelven particularmente intensas y brillantes, los colores y las texturas parecen más ricos, la música más cargada de emoción, los olores y sabores más penetrantes.

La sinestesia es frecuente: *los sonidos se ven* y *los colores se oyen*. También se experimentan distorsiones de la imagen corporal y alteraciones en la percepción del espacio y del tiempo. Las alucinaciones suelen ser visuales, a menudo figuras o formas geométricas, aunque a veces aquellas se perciben táctiles o auditivas. Las emociones se vuelven inusualmente intensas y cambian de forma abrupta, llegando a padecer dos sentimientos aparentemente incompatibles al mismo tiempo.

Otros síntomas que aparecen a menudo son: la conciencia de órganos internos, la recuperación de recuerdos muy tempranos perdidos, la liberación de material inconsciente en forma simbólica, y la regresión y aparente re-experimentación de sucesos pasados, incluido el nacimiento. Frecuentes hay reflexiones filosóficas y religiosas, sentimientos de despersonalización, fusión con el mundo exterior, separación del cuerpo o un estado de éxtasis místico.

En los cuadros de intoxicación por alucinógenos *es importante el diagnóstico diferencial* por situaciones generadas por otras sustancias como:

- Intoxicación por anfetaminas
- Intoxicación por anticolinérgicos
- Abstinencia de alcohol

El *delirium* por intoxicación puede presentarse cuando los alucinógenos puros son mezclados con otras sustancias de consumo.

Los *efectos adversos más comunes* del LSD y sus análogos, son los denominados *malos viajes*, una experiencia que se asemeja a las reacciones agudas de pánico por consumo de *cannabis*, pero habitualmente más intensas y que generan verdaderos

⁵ FDA: Food and Drug Administration, EE UU.

síntomas psicóticos que ocasionalmente llegan a prolongarse. Estas reacciones son más frecuentes en personas con un trastorno esquizoide de la personalidad preexistente, en personalidades pre-psicóticas, en sujetos con un ego inestable o con elevados niveles de ansiedad.

Pasado un tiempo desde la última toma, una persona puede experimentar un *flash-back*⁶ de síntomas alucinatorios. Es así denominada la recurrencia de la experiencia inducida por la sustancia, que se presenta de forma espontánea y recurrente.

La mayoría de los episodios son de distorsión visual, alucinaciones geométricas, sonidos o voces ilusorias, falsa percepción de movimiento en campos periféricos, ráfagas de color, estelas tras un objeto móvil, macropsias, micropsias, lentificación del tiempo, síntomas físicos o recuerdo de emociones intensas. Tales sucesos suelen durar desde algunos segundos a pocos minutos, aunque en algunas ocasiones se prolongan por más tiempo. Generalmente, la persona reconoce la naturaleza patológica de su experiencia, sin embargo, la conducta suicida, los estados depresivos y los de angustia, son complicaciones asociadas a este trastorno. Los trastornos perceptivos persistentes (*flashbacks*) se presentan entre el 15 % y el 80 % de los consumidores.

El *diagnóstico diferencial* debe hacerse con migrañas, crisis comiciales, anormalidades del sistema visual y el trastorno por estrés postraumático.

El *tratamiento preferible* de este síndrome asociado a la intoxicación por alucinógenos es mantener un conversación tranquilizadora con el paciente. Proporcionarle protección, compañía y seguridad.

Ocasionalmente —en casos graves— suelen utilizarse durante un corto período, fármacos antagonistas de receptores dopaminérgicos (*haloperidol*) para los síntomas psicóticos y *benzodiazepinas* para los síntomas de ansiedad. Cuando una experiencia alucinatoria inducida por sustancias se relaciona con el inicio de un trastorno psiquiátrico que luego persiste (trastornos afectivos,

esquizofrenia), el tratamiento debe seguir las líneas generales para dicho trastorno.

Trastornos relacionados con cannabis

Cannabis es el nombre abreviado de la planta del cáñamo *cannabis sativa*.

Todas las partes de esta planta contienen *cannabinoides* psicoactivos (alrededor de 400 sustancias químicas), de los cuales el más abundante es el THC (tetra hidrocannabinol). Las preparaciones más potentes provienen de las partes altas en flor o de la resina desecada, marrón-negruzca, exudada por las hojas (*hachís* o *hash*).

La planta del *cannabis* se corta, se seca, se pica y se enrolla en cigarrillos, llamados habitualmente *porros* o *canutos*. Los nombres vulgares del cannabis son marihuana, hierba, etc. Otras denominaciones describen distintos tipos de *cannabis* y su potencia, entre otros: *hemp*, *chakra*, *ganja*, *sinsemilla*. El *cannabis* y su principal componente activo (THC), ha sido utilizado recientemente en el tratamiento de las náuseas debidas a fármacos antineoplásicos y para estimular el apetito en pacientes con Sida. En los humanos, esta sustancia se convierte rápidamente en 11-hidroxi-THC, metabolito activo que actúa sobre el SNC. Se ha identificado clonado y caracterizado un receptor específico para los cannabinoides. Es un miembro de la familia de los receptores ligados a la proteína G inhibitoria (Gi), unida a la adenilciclasa con efectos inhibitorios. Este receptor se encuentra en grandes concentraciones en los ganglios basales, en el hipocampo y en el cerebelo, y en menor concentración en el córtex cerebral. Estos receptores no están presentes en el tronco cerebral, hecho que explica los escasos efectos que la *cannabis* produce sobre las funciones respiratoria y cardíaca. Existen controversias sobre si los cannabinoides estimulan los denominados centros de recompensa del cerebro, como las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral; no obstante se ha encontrado *dependencia psicológica y fisiológica*.

⁶ Vocablo inglés: «escena retrospectiva». En castellano, «analepsis».

Los *síntomas de abstinencia* se limitan a incrementos en la irritabilidad, inquietud, insomnio, anorexia y ligeras náuseas, aparecen cuando se suspende abruptamente el consumo de altas dosis de *cannabis*. Los efectos euforizantes aparecen en pocos minutos; el pico se alcanza en 30 minutos y dura entre 2 y 4 horas, cuando la sustancia es fumada. Algunos de los efectos cognitivos y motores permanecen entre 5 y 12 horas. La *cannabis* también puede incorporarse oralmente, preparado como bizcochos o en pasteles, pero para que los efectos orales sean tan potentes como cuando se inhala o se fuma, son necesarias dosis dos a tres veces mayores.

Muchas variables pueden afectar a las propiedades psicoactivas del elemento, entre ellas la potencia de la *cannabis* utilizada, la vía de administración, la técnica de fumar, la dosis, las experiencias anteriores del consumidor, sus expectativas y la vulnerabilidad individual de cada sujeto a los efectos de los cannabinoides.

Los *efectos físicos* más frecuentes son la dilatación de los vasos sanguíneos de la conjuntiva (enrojecimiento de los ojos) y una leve taquicardia. En dosis altas pueden aparecer hipotensión ortostática, boca seca y aumento del apetito.

Los *efectos adversos más graves* provienen de la inhalación de los mismos compuestos cancerígenos que provienen del tabaco convencional y algunos datos indican que los grandes consumidores de *cannabis* por esta vía presentan un alto riesgo de padecer cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias crónicas. Ciertos estudios plantean que el consumo prolongado genera atrofia cerebral, mayor susceptibilidad a crisis comiciales, daños cromosómicos, defectos fetales, alteraciones en la concentración de testosterona e irregularidades en el ciclo menstrual.

Intoxicación

La *intoxicación* suele aumentar la sensibilidad del individuo a los estímulos externos. Revela nuevos detalles, hace que los colores se perciban más brillantes, aparece la sensación subjetiva de que el tiempo transcurre con mucha lentitud. Pueden ex-

perimentarse despersonalización y *desrealización*. La destreza motora se ve afectada por más de 12 horas después del consumo e interfiere en la conducción de maquinarias o vehículos. Estos efectos se suman a los del alcohol, que frecuentemente se asocia en estas situaciones. El *delirium por intoxicación por cannabis* se caracteriza por una alteración importante de las funciones cognitivas y de destreza motora.

Dosis pequeñas de esta sustancia causan perturbaciones de memoria, tiempo de reacción, percepción, coordinación motora y atención. *Dosis altas* llegan a alterar el nivel de conciencia. Los síntomas psicóticos suelen presentarse y es frecuente la aparición transitoria de ideas delirantes de carácter paranoide. En países donde se tiene acceso a *cannabis* de alta potencia, los cuadros que se presentan resultan ser más severos.

Cuando aparece un trastorno psicótico inducido por *cannabis*, puede estar asociado a un trastorno psicopatológico preexistente. Resulta muy frecuente—en las intoxicaciones agudas— la aparición de episodios de ansiedad de corta duración, a menudo provocados por ideas paranoides, que derivan en crisis de angustia o pánico basadas en temores poco definidos. La hipomanía es un síntoma frecuente de la intoxicación. Cuando el consumo es prolongado suelen observarse síntomas depresivos.

El *síndrome amotivacional* ha sido asociado al consumo prolongado de altas dosis y se caracteriza por desgano, abulia, apatía, posible aumento de peso e imposibilidad de realizar cualquier actividad que requiera atención prolongada y tenacidad. El debate acerca de este síndrome radica en saber si sólo está relacionado al consumo de *cannabis* o si refleja rasgos de personalidad en un subgrupo que consume esta sustancia. Existen casos de personas que han experimentado sensaciones relacionadas con la intoxicación, después que hubieran desaparecido los efectos a corto plazo de la sustancia (*flashbacks*).

Tratamiento y rehabilitación

En algunos pacientes resultará de utilidad el uso de ansiolíticos durante un corto período, para aliviar los síntomas que aparecen

en la intoxicación. También son útiles en el período de abstinencia. Se deberá evaluar la posibilidad de que exista otro trastorno psicopatológico subyacente como comorbilidad con trastornos afectivos, de personalidad o psicosis.

Trastornos relacionados con opioides

Las palabras *opiáceo* y *opioides*, derivan de la palabra *opium* (opio) o jugo de la planta del opio, *Papaver somniferum*, que contiene 30 alcaloides derivados de esta sustancia, incluida la *morfina*.

Se denomina *opiáceos* a los derivados del opio natural, tales como *morfina* y *codeína* (fenantrenos), *papaverina* (benziloquinolinas). En cambio, los *opioides* son narcóticos sintéticos que actúan como opiáceos. El continente asiático y la república de Colombia, son las regiones de mayor cultivo de la planta del opio. La *heroína*, derivado químico de la morfina, es dos veces más potente que ésta y es la más utilizada dentro de este grupo por las personas que tienen trastornos relacionados con opioides.

Se ha elaborado un importante número de *opioides sintéticos*: *mepredina*, *metadona*, *pentazocina* y *propoxifeno*. Se han sintetizado también antagonistas de los opioides, para tratar sobredosis y dependencia: *naloxona*, *naltrexona*, *nalorfina*, *levanorfan* y *apomorfina*; y compuestos mixtos con propiedades agonistas y antagonistas como la *buprenorina* y el *butorfanol*. Los opiáceos y opioides también ejercen efectos significativos sobre los sistemas de neurotransmisión dopaminérgicos y noradrenérgicos.

Por las *características farmacológicas* de este grupo a través de su acción en los receptores opioides (μ -kappa-gama), son utilizados para el tratamiento del dolor, el estreñimiento, la disminución del reflejo tusígeno y actualmente para la deshabitación del consumo de alcohol y derivados opioides (*naltrexona*).

Las *endorfinas* y *encefalinas* son sustancias endógenas, con efectos similares a

los opioides, que actúan a nivel cerebral. Se liberan naturalmente en el cuerpo cuando una persona sufre daño físico, actuando en la regulación del dolor.

Las *propiedades adictivas* de recompensa de estas sustancias estarían mediadas a través de la activación de las neuronas del área tegmental ventral dopaminérgica, que se proyectan hacia el córtex cerebral y el sistema límbico. La tolerancia a los opioides se desarrolla rápidamente, siendo éste uno de los factores que generen dependencia a estas sustancias. Sin embargo, los *síntomas de abstinencia* no aparecen a menos que la persona haya estado consumiendo durante un tiempo (idiosincrasia-cantidad de consumo), o cuando la supresión es abrupta, o cuando se administra un antagonista opiáceo. Los efectos de los opioides en las neuronas noradrenérgicas son probablemente los principales responsables de los síntomas de la abstinencia a opioides. En las neuronas noradrenérgicas del *locus ceruleus* se genera una hiperactividad de rebote. Esta hipótesis ofrece una explicación: la *clonidina* (agonista de los receptores alfa 2-adrenérgicos) es útil en el tratamiento de los síntomas de abstinencia dado que disminuye la liberación de noradrenalina.

Los opioides pueden tomarse oralmente, inhalados por nariz, por vía subcutánea o en inyección endovenosa.

Las propiedades adictivas de los opioides se deben principalmente a la sensación de euforia, seguido de sedación, especialmente cuando se administra por vía endovenosa. Algunos síntomas asociados son sensación de calor, pesadez en extremidades, boca seca y enrojecimiento facial. En las personas que nunca han consumido, a veces aparecen disforia, náuseas y vómitos.

Los *efectos físicos* de los opiáceos incluyen depresión respiratoria, constricción pupilar, contracción de la musculatura lisa (incluidos uréteres y conductos biliares), estreñimiento, y cambios en la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y temperatura corporal. Otros efectos frecuentes y graves, están relacionados a procesos infecciosos debido a la vía de aplicación (abscesos, sepsis, etc.), la transmisión de hepatitis y HIV a través de agujas contaminadas. Se presentan

también reacciones alérgicas idiosincrásicas a los opioides que producen shock anafiláctico, edema pulmonar y muerte, si no reciben tratamiento inmediato. La *muerte por sobredosis* se produce casi siempre por un paro respiratorio a causa de los efectos depresores que estas sustancias ejercen a nivel del tronco encefálico. Los síntomas incluyen falta de reactividad a estímulos, coma, respiración lenta, hipotermia, hipotensión y bradicardia.

El médico general debe plantearse –en primer lugar– el diagnóstico de sobredosis por opiáceos u opioides cuando aparece la tríada: coma, pupilas puntiformes y depresión respiratoria.

También se debe revisar el cuerpo del paciente buscando marcas de agujas en los brazos, piernas, tobillos, ingles, e incluso, manos y genitales (vena dorsal del pene).

Tratamiento de la sobredosis

Es una urgencia médica que se presenta con una depresión respiratoria grave, consecuentemente el paciente puede estar en estado semicomatoso, comatoso o en shock. El primer paso es asegurarse una vía respiratoria libre y mantener las constantes vitales. Puede administrarse un antagonista de opioides: *naloxona* 0,4 mg por vía endovenosa. Esta dosis puede repetirse 4 ó 5 veces en los primeros 30 ó 45 minutos. Como la *naloxona* tiene una vida media corta, el sujeto que responde a este tratamiento puede volver a un estado semicomatoso a las 4 ó 5 horas, por lo que se recomienda una observación cuidadosa del paciente. Los antagonistas opiáceos deben usarse con precaución debido a que pueden precipitar una reacción de abstinencia grave. Otros antagonistas opioides útiles para el tratamiento de la sobredosis son la *nalorfina* y el *levalorfan*.

Los criterios diagnósticos de intoxicación por opiáceos según el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), son:

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Cambios psicológicos o conductuales desacostumbrados y clínicamente significativos, como euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición

psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, deterioro social y/o laboral, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.

- C. Miosis (o midriasis, por anoxia en la intoxicación grave) y uno o más de los siguientes signos, que aparecen durante –o poco tiempo después– del consumo de opiáceos: somnolencia o coma, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria.

- D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad orgánica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El *delirium* por intoxicación es más probable que ocurra cuando los opioides se consuman en dosis altas, cuando se mezclen con otros componentes psicoactivos o si los consume una persona con lesiones cerebrales preexistentes. Es también una presentación frecuente en pacientes internados en hospitales generales, cuando se utilizan estas sustancias como analgésicos (en los servicios de traumatología, cirugía, UTI, clínica médica, etc.)

Pueden presentarse síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), como también alteraciones del ánimo (irritabilidad, expansividad y depresión).

Abstinencia

• OPIOIDES

Los síntomas de abstinencia a estas sustancias son de extrema severidad, aunque la persona difícilmente muera a causa del síndrome de abstinencia, a menos que padezca una enfermedad orgánica grave. Presentan: dolores musculares y óseos intensos, calambres abdominales, diarrea, lagrimeo, rino-rrhea, piloerección, fiebre, dilatación pupilar, hipertensión, taquicardia, sudoración, alteraciones en la regulación de la temperatura, insomnio, severo *craving* por la sustancia. Otros síntomas asociados a la abstinencia son inquietud, irritabilidad, depresión, temblor, debilidad, náuseas y vómitos. En mujeres embarazadas con dependencia a opioides, la abstinencia puede ser muy grave para el feto y provocar un aborto o muerte fetal. La comorbilidad del HIV -muy común en estos pacientes- es de gran riesgo para el feto debido a la transmisión por vía placentaria.

• **MORFINA Y HEROÍNA**

El síndrome de abstinencia empieza a las 6 u 8 horas después de la última dosis, tras algunas semanas de uso continuo; alcanza el pico de intensidad durante el segundo o el tercer día, y remite entre los 10 días siguientes, no obstante algunos síntomas pueden persistir por meses.

• **MEPERIDINA**

El síndrome de abstinencia comienza rápidamente, alcanza su pico en 8 ó 12 horas y termina en 4 ó 5 días.

Sustitutos

• **METADONA**

La metadona es un narcótico sintético, que sustituye a la heroína y puede administrarse por vía oral. Habitualmente se la utiliza para reemplazar a la sustancia de abuso y eliminar los síntomas de abstinencia.

Una dosis diaria de 20 a 80 mg es suficiente para estabilizar a un paciente. El mantenimiento con metadona continúa hasta que el paciente consigue suprimirla, ya que esta sustancia también genera dependencia. El síndrome de abstinencia comienza entre 1 y 3 días después de la última dosis y remite en 10 ó 14 días. Durante el período de desintoxicación suele administrarse clonidina (0,1 a 0,3 mg, tres o cuatro veces al día)

Los programas de mantenimiento con metadona tienen varias *ventajas*:

- Se reduce el riesgo de transmisión de HIV y hepatitis, por agujas contaminadas, cuando se usa la vía endovenosa para el consumo de heroína o derivados opioides.
- La metadona causa mínima euforia y raramente produce somnolencia, disminuyendo el deseo compulsivo de sustancia.
- Permite al paciente reintegrarse a sus actividades.

La *desventaja* de esta estrategia es que el paciente sigue dependiendo de un narcótico.

• **BUPRENORFINA**

La buprenorfina, sustancia mixta agonista-antagonista de receptores opiáceos, y el levo-a-acetilmétadol (LAMB), es un opioide de vida media más larga que la metadona que también se utilizan para el tratamiento de personas con dependencia a opioides. Son antagonistas de los opioides.

Estos fármacos bloquean o antagonizan los efectos de los opiáceos. Al contrario de la metadona, no presentan de por sí efectos narcóticos y no causan dependencia.

• **NALOXONA**

Se utiliza en el tratamiento de sobredosis a opiáceos.

• **NALTREXONA**

Es un antagonista de vida media más larga (72 horas). La razón de utilizar esta sustancia, es que el bloqueo de los efectos agonistas de los opiáceos, sobre todo de la euforia, desmotiva a las personas con dependencia a seguir con las conductas de búsqueda.

Trastornos por consumo de otras sustancias

Gamma Hidroxibutirato (ghb)

El GHB se utiliza en la inducción de anestesia y en la sedación a largo plazo, pero como la duración de su acción es impredecible, su uso es limitado. Es un neurotransmisor en cerebro relacionado con la regulación del sueño y actúa a través del sistema de opioides endógenos. Hasta 1990, el GHB se vendía en EE UU en forma libre y los fisicoculturistas lo utilizaban como esteroide alternativo. Actualmente, se lo utiliza por sus efectos euforizantes. Se lo denomina como GHB o *éxtasis líquido*, y se presenta en forma líquida o en polvo.

Los *efectos adversos* son náuseas, vómitos, problemas respiratorios, crisis, coma y muerte. Se ha relacionado el abuso de GHB con un síndrome similar al Wernicke-Korsakoff.

Esteroides Anabolizantes

El esteroide anabolizante androgénico *natural* en los hombres es la *testosterona*. En la actualidad hay numerosos esteroides anabolizantes sintéticos (*diambol, anavar, winstrol-V*) que se comercializan en presentación oral, intramuscular y transdérmica. Aunque éstos tienen *usos médicos legales*, se consumen en forma ilegal para mejorar el rendimiento y apariencia física, así como para incrementar la masa muscular. La testosterona es metabolizada principalmente en hígado, generando

varios 17-cetoesteroides. La vida media plasmática varía de 10 a 100 minutos.

Las personas que consumen estas sustancias están generalmente involucradas en actividades que requieren fuerza y resistencia. El refuerzo del consumo aparece si la sustancia produce el efecto deseado (incremento masa muscular o la resistencia prolongada). La vulnerabilidad psicodinámica para que se produzca el abuso de esteroides anabolizantes se debe a la baja autoestima, y a alteraciones de la imagen y apariencia corporal. Estas sustancias también pueden ser consumidas por diversos conflictos psíquicos.

Nitritos inhalados

En este grupo se incluyen los nitritos de amilo, butilo, e isobutilo. En la jerga popular se los denomina *poppers*. Los síndromes de intoxicación que producen pueden ser muy diferentes de los producidos por inhalantes comunes.

Los nitritos inhalados producen una ligera euforia, asociada a una alteración en la percepción del tiempo, sensación de plenitud en la cabeza y posiblemente, aumento del placer sexual. Son consumidos por algunos homosexuales masculinos para la relajación de la musculatura lisa anal, favoreciendo la relación y para reducir inhibiciones sexuales.

El consumo compulsivo de estas sustancias puede producir irritación del aparato respiratorio, deterioro de la función inmune, disminución de la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre y síndrome tóxico caracterizado por náuseas, vómitos, cefaleas graves, hipotensión, somnolencia.

Óxido nitroso

Este producto es un agente anestésico y se lo conoce también como «gas de la risa». Su consumo se asocia a sensaciones de plenitud mental y de sensación de flotar, que algunas personas lo consideran como placenteras. Provoca una rápida intoxicación que se caracteriza por percibir luces brillantes en la cabeza, confusión temporal clínicamente significativa, que desapare-

cen a los pocos minutos de interrumpir la administración. Cuando se abusa de esta sustancia durante largos períodos de tiempo, pueden aparecer *delirium* y paranoia.

Ketamina

Es un anestésico disociativo desarrollado en 1963 para reemplazar al PCP⁷ y actualmente utilizado en anestesia humana y medicina veterinaria. Es elaborada como un líquido inyectable. En el uso ilícito, generalmente se evapora para formar un polvo que es inhalado o comprimido para hacer tabletas. Es inodora y no tiene sabor, por lo que se puede añadir a las bebidas sin que se detecte, e induce amnesia. La estructura química y los mecanismos de acción son similares al PCP, pero es mucho menos potente y sus efectos duran menos tiempo.

Los consumidores experimentan sensaciones que van desde un sentimiento agradable de flotar hasta sentirse separados de sus cuerpos. Las experiencias con *ketamina* involucran una sensación aterradora de separación sensorial que se asemeja a una experiencia cercana a la muerte.

Tiene diversas denominaciones vulgares: *La Keta*, *K*, *cat valium*, *jet*, *súper ácido*, *súper C*, entre otras.

Conclusiones

Debido a la complejidad del abordaje sanitario de esta problemática por la multicausalidad de factores que intervienen en ella, es importante tener en claro algunos lineamientos y pautas generales –planteadas por consenso de especialistas– que exceden el marco de una situación de urgencia, pero son fundamentales para realizar un diagnóstico de situación y favorecer el acceso de esta población a los *sistemas de salud*, de los cuales, los *médicos de atención primaria de la salud son la puerta de entrada*; dependerá entonces de su accionar para que se logre una evolución favorable y posible. Este texto en su totalidad intenta dar las herramientas para un accionar eficaz.

⁷ PCP: Sigla con que se conoce a la 'fenciclidina' o 'fenclidina', también denominada *polvo de ángel*

A continuación mencionaremos algunas consideraciones generales para esta patología.

En el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, se ha considerado ampliamente el tema de los cuidados que requieren los pacientes drogodependientes (artículo 495). Se plantea en este escrito algunos de los objetivos más relevantes:

- Promoción en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el abuso de drogas, la del grupo familiar y entorno.
- Necesidad de un abordaje interdisciplinario personal del paciente, así como el derecho a la libertad de elección de la modalidad terapéutica.
- Necesidad de articular distintos tipos y niveles de recursos específicos e inespecíficos, destinados a la rehabilitación y a la reinserción familiar y social de las personas afectadas.
- Evitar la segregación y estigmatización de los drogodependientes.

El Instituto Nacional de Abuso de Sustancias de los EE UU de Norteamérica (*The National Institute on Drug Abuse, NIDA*), ha propuesto un documento en relación a pautas generales de tratamiento para la drogadicción. A continuación, los puntos más destacados:

1. No hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
3. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de las personas, no solamente el uso de drogas.
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y modificado, para asegurar que el plan se man-

tenga a la par de los cambios en las necesidades de la persona.

5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo, y otros tipos de terapias, constituyen componentes indispensables para el tratamiento efectivo de la adicción.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que, al mismo tiempo, tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de manera integrada.
9. La desintoxicación orgánica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento puede no ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el HIV-Sida, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que los ponen a ellos en riesgo —o a otros— de ser infectados.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamientos.

Bibliografía

- Allegro, L. «Ética en Psiquiatría.» Cap. XXI. En: *Tratado de actualización en Psiquiatría*. Buenos Aires: Scien, 2006.
- Escotado A. *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama, 1995.
- Freud S. «El Malestar en la Cultura.» (1930). En: *Obras Completas*, tomo III. Traducción de López-Ballesteros y De Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1996.
- Kaplan H y JB Sadock, *Manual de Psiquiatría de Urgencias*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1996.
- Kaplan H y JB Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2001.
- Levin F; Bisaga A; Kleber H. «Los tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias: presentes y prometedores.» En: *Rev Psiquiatría y Salud Integral* 2002; (2)1:
- Mahieu E. «Cuadros clínicos psiquiátricos y neuropsicopatológicos del alcoholismo.» En *Vertex Rev Arg de Psiquiatría* 1993;(4)13: (Dossier de Alcoholismo)
- Miguez H. «Epidemiología en Salud Mental. Epidemiología de la Alcoholización en la Argentina.» En: *Vertex Rev Arg de Psiquiatría* 2003 (supl);
- Moizeszowicz J. *Psicofarmacología psicodinámica IV*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- Nacional Institute on Drug Abuse, EE UU (NIDA) <<http://www.drugabuse.gov/about/organization/cewg/pubs.html>.2005> última consulta: 11 de marzo de 2008
- Pérez J. «Clínica de la adicción a pasta base de cocaína.» En: *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2003.
- Postel J; Quérel C. *Historia de la Psiquiatría*. México: FCE, 1993.
- Socolsky P. «Tratamiento Psicofarmacológico de la Agresividad - Agresividad y Abuso de Sustancias.» En: *Vertex Rev Arg de Psiquiatría* 2007 (Supl)
- Stahl S. *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Buenos Aires: Planeta, 1998.
- Suárez Richard M. *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, 2006.

INTERVENCIÓN EN CATÁSTROFES

José Luis Aguirre

*Cada uno está solo sobre el corazón de la tierra
traspasado por un rayo de sol:
y enseguida anochece.*

Salvatore Quasimodo, «Y enseguida anochece».

Introducción¹

Es intención, en todos los capítulos, utilizar toda la experiencia disponible –propia y regional– en el campo de la salud. Por ello, consideramos de suma importancia la intervención de un agente de salud en una situación de catástrofe, a partir de lo que ha sido la inundación –trágica por cierto– ocurrida en nuestra provincia² en mayo de 2003. Esta experiencia sirve a modo de ejemplo y es, por cierto, comparable a cualquier otra intervención en catástrofe en cualquier lugar del mundo, que en forma lenta pero evidente se acrecientan en diversas regiones del planeta.

Nada mejor entonces que el relato y las reflexiones de quien trabajó en la zona del desastre, con la intención de respetar las vivencias, las angustias, la incertidumbre y las certezas de los actores que estuvieron en la escena. Estamos convencidos de que esos actores podrían

llegar a ser cualquiera de nosotros y por tanto, deseamos, pretendemos, que aquellos profesionales y su trabajo, obren como disparadores de una construcción interna de las dificultades y de una manera de intervenir.

Queremos entonces, en este capítulo, reconocer y agradecer a todos los agentes de salud que intervinieron en el desgraciado suceso, a partir de la intervención del Colegio de Psicólogos Rosario y del relato de los profesionales actuantes.

La experiencia Santa Fe

Durante las últimas décadas, el número de sequías e inundaciones ha aumentado trágicamente debido al deterioro de las condiciones medioambientales y al cambio climático global a causa del incremento del efecto invernadero por emisiones de gases.

¹ Introducción de Hugo D' Alessandro

² Santa Fe, República Argentina

Casi todos los sistemas fluviales del mundo se han visto alterados por las actividades del hombre. El desvío de los ríos y la excesiva extracción de agua han contribuido a ello y han agravado las condiciones de sequía de las tierras áridas del mundo. Esta situación ha ido empeorando a causa de la pérdida de cobertura arbórea en las cuencas, pues los árboles y otras vegetaciones ayudan a absorber y almacenar el agua durante la estación húmeda para que ella esté disponible durante la estación seca.

En este sentido las sequías son más frecuentes y severas en las tierras áridas, al mismo tiempo que la intensidad y frecuencia de las inundaciones aumenta, sobre todo en las regiones del mundo más propensas a ellas.

El efecto vaivén de las sequías seguidas de inundaciones, es cada vez más grave según la ONU. La principal razón es la destrucción de bosques y humedales. Pero si el cambio climático continúa, estos ciclos destructivos serán cada vez más devastadores.

Santa Fe, mayo de 2003

Nuestra intervención en la catástrofe de la inundación en Santa Fe en los primeros días de mayo de 2003 tiene, al menos, tres aspectos: el *institucional*, el *profesional* propiamente dicho y el *personal*, los tres enlazados, tejidos necesariamente, para poder pensar qué pueden hacer los psicólogos y los agentes de salud en situaciones similares, sean éstas naturales o sociales.

Como lo plantea Silvia Bleichmar:³ *Es indudable que el resguardo de la subjetividad se ha convertido –si no en el único– al menos en uno de los ejes fundamentales de nuestra práctica, en virtud de condiciones de vida que afectan constantemente con la desestructuración las formas habituales de funcionamiento psíquico. Los embates producidos por la realidad en sus diversas formas obligan a redefinir para-*

digmas teóricos y a afinar herramientas prácticas: ya no se trata, en muchos casos y en primera instancia, de levantar las defensas sino de recomponerlas ante el estallido al cual se ven sometidas por traumas que ponen en riesgo al aparato anímico, y ello con vistas a generar una normalización del funcionamiento tópico que posibilite a posteriori la implementación o no de modos de la cura más afines a aquellos propuestos por el psicoanálisis desde sus comienzos [...] en la práctica a la cual nos convocan catástrofes de carácter histórico o natural –para hacer una diferenciación que no siempre es estricta– se abre un abanico de opciones posibles que constituyen una experiencia dramática y privilegiada a la vez, cuando nos vemos llevados a hacernos cargo de poblaciones afectadas de modo colectivo, obligándonos a buscar nuevos modos de abordaje del sufrimiento.

Desde hacía bastante tiempo atrás, nuestro Colegio de Psicólogos venía participando de diferentes acontecimientos sociales que, luego del Diciembre Trágico (19 y 20 de diciembre de 2001), se desencadenaban en Rosario, una de las ciudades más afectadas por la represión policial de esos días, con una gran cantidad de muertos civiles. Esta participación iba desde la movilización, adhesión, posturas ante la opinión pública, apoyo a entidades de derechos humanos, organizaciones barriales, etc.

Así fue que cuando en los días previos a la partida de un grupo de nosotros, escuchábamos que el norte de la provincia se estaba inundando, la idea y la expectativa de poder ayudar a los afectados crecía en forma natural, casi inconsciente. Era también una consecuencia lógica de nuestro acontecer como institución, de una construcción que desde hace muchos años nos ha comprometido con nuestra comunidad, mas allá de nuestra especificidad dentro del sector de la salud.

El 1 de mayo de 2003, tras un largo viaje a causa del corte de ruta provocado

³ Silvia Bleichmar, Nuestra responsabilidad ante las situaciones de emergencia, La Experiencia Santa Fe. Pág. 15. Editorial del Colegio de Psicólogos. Rosario Año 2003.

por el desborde del río Salado, llegamos a una ciudad devastada por la inundación como nunca antes en su historia; Santa Fe nos recibió con miles de ojos que miraban sin ver, miles de almas con pasos perdidos, miles de personas mudas.

Primer aspecto a analizar: el Institucional

Como Colegio de Psicólogos, participamos de la creación, desarrollo y sostenimiento de lo que se llamó el «Comité de Crisis en Salud Mental», dependiente del Comité de Crisis que el gobierno provincial había instalado.

El Comité de Crisis estaba conformado por todos aquellos trabajadores –profesionales o no– del campo de la salud mental. Se decidió borrar en esta etapa del trabajo cualquier identificación del tipo disciplinar y circulábamos con una identificación que decía Salud Mental y el nombre respectivo.

Este aspecto es de suma importancia porque esta cobertura institucional nos permitió desarrollar un trabajo profesional de enormes dimensiones en la totalidad de las zonas afectadas por la inundación. Vale decir que este dispositivo institucional funcionó todo el tiempo en falla: se construía y deconstruía cotidianamente, acompañando y haciendo frente a una realidad que mutaba a gran velocidad. Lo que era verdadero a la mañana, por la tarde podía no serlo y el dispositivo cambiaba, incluso a veces se leían signos en el comportamiento de la crisis que hacía prever acciones anticipadoras.

Las decisiones se tomaban en forma horizontal en las reuniones del final del día y se trazaban las acciones venideras; luego de establecidas se implementaban de una manera rígidamente vertical y no se admitía ninguna acción que no estuviera previamente acordada.

Esta forma de institucionalizarnos nos permitió hacer más eficaz nuestra intervención y, en esta etapa de la crisis, crear un cuerpo-máquina de trabajo con una fuerte identificación y una rígida organización, que en muchos casos nos

protegía de la inercia disgregadora de la catástrofe.

Esta organización contaba con más de 600 personas trabajando en aproximadamente 350 centros de evacuados.

El Colegio de Psicólogos de la Primera Circunscripción fue el centro operativo del Comité. El trabajo fue muy intenso y de una gran capacidad resolutive de la crisis. Tanto fue así que el Gobierno Provincial –en forma inédita– comenzó a elogiar y valorar el trabajo de los psicólogos, el mismo gobierno que tantas veces cerró las puertas a nuestros justos reclamos laborales.

Los medios de comunicación también se hicieron eco de ese trabajo y se instaló, como nunca antes y a partir de nuestra intervención en el campo de la catástrofe, la idea de nuestra capacidad operativa y resolutive de crisis sociales y naturales de gran envergadura.

Desde el Colegio de Psicólogos de Rosario se organizaban los Grupos de Trabajo que irían a Santa Fe, se conformó un dispositivo también trabajando en falla, construyendo y deconstruyendo en la medida que se desarrollaba la crisis.

El Comité de Crisis de Salud Mental se construyó permanentemente, hasta su extinción.

No teníamos antecedentes de catástrofes naturales y sociales de esas dimensiones, y la mayoría de los que lo integrábamos tampoco contábamos con una experiencia profesional de ese tipo.

Fue una invención, un raro artefacto, poco convencional, armado con los restos institucionales afectados por la inundación, con partes que en épocas normales serían incompatibles pero que, en esa circunstancia, funcionaban eficientemente.

Esa ejecución detectó una gran evidencia: que la inundación había desorganizado todo el campo de la vida social y la percepción de la cotidianeidad de las personas afectadas que esa desorganización producía fugas mortíferas en la subjetividad y que ante ello debíamos producir espacios de organización rígidos y multiplicarlos en cada acción.

El aspecto del trabajo profesional

Dice Silvia Bleichmar⁴ que *si uno no es lanzado en forma desbocada a un practicismo degradado, si confía seriamente en que el rigor de la teoría y la ampliación de los límites de la experiencia no sólo no están reñidos sino que son mutuamente dependientes, si al mismo tiempo conserva y delimita el espacio de su práctica clínica y hace estallar el encorsetamiento estrecho al cual lo condena el dogmatismo, tanto el trabajo con poblaciones afectadas como el espacio del consultorio se ven mutuamente enriquecidos.*

Un dato que puede acercarnos un poco a la dimensión del trabajo es el número de personas afectadas por la inundación: se estima que alrededor de 200 000 se vieron repentinamente afectadas directa o indirectamente.

Se trabajaba siempre en grupos, en situaciones muchas de ellas de potencial violencia, tanto la explícita como la silenciosa. Estaba prohibido intervenir en forma individual y aún más tomar decisiones en forma personal. Si ésto sucedía, se consultaba antes con el Grupo, ya que por supuesto en el campo de trabajo se nos ocurrían intervenciones para enfrentar una modalidad nueva e inesperada de la crisis.

Al comenzar el trabajo debíamos notificar dónde íbamos a estar y una de las consignas más importantes era la de realizar el trabajo de Salud Mental: no conseguíamos comida, ni colchones, ni ropa; articulábamos instancias, en todo caso, para que ésto sucediera.

La consigna era promover la autoorganización y ayudar a recuperar las referencias elementales de la vida cotidiana.

Trabajamos en la organización de las tareas, en el diseño del trabajo, en la organización de la vida cotidiana en los centros de evacuados, en la contención psicológica de las personas alojadas en esos sitios, en la resolución de graves conflictos en los barrios, en el rescate de las familias en los techos de las casas en los barrios inundados, en la búsqueda de personas perdidas,

en la recuperación de las palabras que hicieran soportable la tragedia, en escuchar las rudimentarias formas del dolor colectivo, en ayudar a recuperar la vida cotidiana, en escuchar y sostener a los que juntamente con nosotros ponían el cuerpo en ese trabajo, en dar información responsable a los medios de comunicación, en contener a los trabajadores que desde las reparticiones públicas hacían sus tareas, en repensar, reformar, corregir, planificar la tarea para el siguiente día, todos los días.

En general, nuestro trabajo en Salud Mental consistió en articular sectores y demandas, en buscar la forma menos violenta de resolución de conflictos, en contener emocionalmente a las personas afectadas escuchando sus historias y ayudando a recuperar las referencias básicas de la vida cotidiana.

Crear organización allí donde la inundación la diluía

Nuestra intervención atravesaba todos los sectores y aun el propio, el de los trabajadores de la salud mental. Cabe destacar como dato importante que un gran sector de colegas e instituciones de Santa Fe estaban inundados y que se trabajaba en ese escenario, donde los interventores eran también los intervenidos.

Reiteramos que el sistema trabajaba en permanente falla y ese precisamente fue un desafío profesional, hacernos cargo de una situación que no encontraba nunca un punto óptimo de rendimiento en el quehacer profesional, algo tan estimado por nosotros; el encuadre, la claridad, la reflexión, eran situaciones poco frecuentes; la velocidad de la crisis y lo cambiante de la realidad creaba espacios y tiempos efímeros, con lo cual la acción prevalecía por sobre la reflexión.

Recordaremos siempre una consigna que nos prestó la Cruz Roja, una institución con vasta experiencia en estas situaciones: «respuestas normales en situaciones anormales». Todo un desafío, fundamentalmente para quienes –como nosotros– estamos

⁴ Silvia Bleichmar, *Nuestra responsabilidad ante las situaciones de emergencia, La Experiencia Santa Fe*. Pág. 16. Editorial del Colegio de Psicólogos, Rosario, 2003

acostumbrados a los estereotipos y a la poca movilidad, tanto teórica como práctica.

Pasada la crisis más aguda de la inundación, la gente evacuada comenzó a volver a sus barrios y este cambio en la escena arrastró también al Comité de Crisis que había sido inventado para el primer momento.

Dijimos que se lo había llevado el río Salado, y tuvimos que aceptar su fin; quizás otra pérdida –necesaria tal vez– que nos enseñó que no deben ser rígidas las tácticas pero sí las estrategias.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación⁵ se implementó un plan de Atención Primaria en Salud en los barrios inundados, conformándose equipos interdisciplinarios rentados, dependientes de los hospitales de referencia santafesinos. Aún hoy trabajan en la zona de la inundación.

En el plano personal, para muchos de nosotros hay un antes y un después de Santa Fe. Tanto en el aspecto profesional como emocional nos vimos confrontados a una experiencia inédita en cuanto a su intensidad y afectación.

Nos permitió experimentar y poner en acción toda una formación que, si bien no era específica para tal situación, fue eficaz para resolver las problemáticas que se iban planteando. Muchos de nosotros empezamos a comprender que nuestra profesión contiene herramientas que nos abren grandes posibilidades y formas de hacer y pensar en el cuidado del otro.

A muchos, la marca de Santa Fe nos acompañará por el resto de nuestras vidas y nos recordará que el dolor humano puede tener dimensiones insospechadas, tan inesperadas como las acciones que llevamos adelante en esa catástrofe, actos que muchas veces nos enfrentó con aspectos desconocidos de nosotros mismos.

Por último, citaremos nuevamente a Silvia Bleichmar,⁶ quien nos acompañó de cerca en este trabajo: *«Porque nuestra responsabilidad ante las situaciones de emergencia no se reduce sólo a evitar las consecuencias patológicas que amenazan a las poblaciones cuya subjetividad debemos resguardar. La tarea fundamental que encaramos, aquélla que nos ataña de manera principal, consiste en la conservación y rescate de uno de los bienes más preciados que las catástrofes naturales o históricas ponen en riesgo: la capacidad pensante de todos aquellos que las padecen, incluido en ello tanto sus afectados directos como quienes tomamos a cargo la reparación de las heridas psíquicas padecidas.»*

En la actualidad, quienes estuvimos, continuamos con alguna dificultad para hablar, escribir o pensar sobre la experiencia a la que estuvimos expuestos: es lógico, nuestro río interior también debe encontrar el tiempo y el espacio para que sus aguas vuelvan al cauce normal, como siempre, hasta la próxima crecida.

⁵ República Argentina

⁶ Silvia Bleichmar, *Nuestra responsabilidad ante las situaciones de emergencia, La Experiencia Santa Fe*. Pág. 29. Editorial del Colegio de Psicólogos, Rosario, 2003

ASPECTOS LEGALES DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL: RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Guillermo Llaudet

*El deber del hombre no es encontrar, sea como sea, soluciones,
sino aceptar, sea como sea, los problemas.*

José Ortega y Gasset.

Introducción

En nuestro país, el título habilitante como Médico presupone que quien está al frente de una guardia, pese a no tener todos los conocimientos específicos de todas las especialidades –la psiquiatría en este caso– tiene los conocimientos básicos que lo habilitan para el ejercicio profesional.

En consecuencia, se parte de la base que quien está a cargo de una guardia tiene los conocimientos suficientes y necesarios para tratar un ACV, una fractura o el desequilibrio emocional de un paciente. Tales conocimientos le permitirían representarse la posibilidad de producción de resultados penalmente relevantes, emergentes de los peligros que crea con su obrar o su inacción. No en vano se ha sostenido que el trabajo de la guardia es como caminar sobre un piso aceitado, con el riesgo de caer una y mil veces.¹

La responsabilidad penal

Aunque prescindiremos del hacer positivo directamente dirigido a un fin perjudicial para los intereses del paciente por parte del médico de guardia (no abordaremos las hipótesis del obrar directamente dirigido a matar o a lesionar al paciente, que llega a la guardia en los términos vg. de los arts. 79, 91, etc. del Código Penal), aún nos quedan múltiples hipótesis en las que la actividad o inactividad del médico de guardia puedan dar lugar a responsabilidad penal.

En primer lugar, consideraremos el *no obrar* por parte del médico de guardia. Cabe analizar aquí las hipótesis de abandono de la acción, de forma total o por un período de tiempo relevante, en orden al suceso que se desata en relación al paciente y su urgencia.

Estas hipótesis se califican –en la doctrina jurídico penal– como omisiones. A la

¹ Ernesto Lipko y Margarita Dumeynieu «Vulnerabilidad y Riesgos en la Emergencia». Síntesis del trabajo presentado en la VI Jornada de Prevención del Riesgo Legal de la Praxis Médica, organizada por la AMM en noviembre de 2000

omisión se la define como un «no hacer» desobedeciendo un mandato legal que impone un determinado «hacer».

Artículos como el 106 del Código Penal, expresamente describen un mandato de obrar de determinada manera (¡Auxilia-rás!):

«Art. 106.- *El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años. La pena será de reclusión o prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión.»*

A estos delitos se los califica como delitos de simple omisión u omisión propia, y se dirigen a todo aquel sujeto que enfrente una situación como la descrita en la figura penal.

Parte de la doctrina considera la existencia de otra categoría de delitos de omisión a los que califica como de omisión impropia y se verifican cuando un sujeto, estando obligado jurídicamente a actuar (posición de garante) en función de la ley, del contrato o de la conducta precedente, omite la observación de los deberes a su cargo (caso de la madre que deja de amamantar a su hijo).²

Sin embargo, la mayoría y más compleja de las exposiciones de un médico de guardia al sistema represivo, vendrán dadas por las falencias que presente su obrar activo; esto es, su obrar culposo o moderadamente denominado *imprudente*.

Nuestro Código Penal no tiene una definición de culpa. Algunos códigos recurren al *crimen culpae* lo que significa tener una definición en la parte general que reconoce a cada tipificación dolosa su correspondencia culposa. En el nuestro, eso no solo no se da sino que únicamente son sanciona-

bles a título culposo aquellas tipificaciones expresamente previstas como tales, y a las mismas habrá que recurrir para buscar definir a la culpa.

En general, en tales descripciones (vg. art. 84)³ se recurre a referir a la imprudencia (exceso en el actuar), negligencia (falta en el actuar), impericia en su arte o profesión, o inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo.

Ya sea que la definamos a partir de un actuar en exceso o en defecto, lo esencial es que todas estas formas de consideración del obrar culposo involucran una *violación del deber de cuidado*.

Se encuentra descrito en tipos penales abiertos, prohibiendo conductas *prima facie* indeterminadas, siendo determinadas en una etapa posterior, en la que se precisa cuál era el deber de cuidado que tenía a su cargo el autor en esa particular conducta.

En tal proceso de «cierre» o determinación del tipo penal a partir de cuál era el deber de cuidado involucrado en el hecho concreto, resultará sumamente trascendente establecer cuál era el posicionamiento del sujeto involucrado.

Entonces, si los conocimientos a los que aludíamos al comienzo se actualizan debidamente en la mente del sujeto (vg.: el médico piensa en ellos, relaciona un hipotético cuadro diagnóstico con la inminente posibilidad de suicidio o agresión a terceros) y sin embargo resuelve no medicar, medica indebidamente o decide medicar sin internación cuando ésta resultaba protocolarmente conveniente, el profesional involucrado habrá actuado con la conocida como *culpa consciente*.

No obstante, en el ejemplo anterior, puede que esos conocimientos no se actualicen debidamente (traiga a relación tales conocimientos, no piense en ellos) y consecuentemente no se vea el riesgo que su inacción –o acción indebida– desplegará aun sin representársela. El médico que debiendo prever (según su formación y co-

² Creus, Carlos, *Derecho Penal. Parte General*, Bs. As.: Astrea, 1988, páginas 147 y siguientes

³ Código Penal art. 84 : *Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte.*

rrespondientes conocimientos presuntos) no previó, actúa con *culpa inconsciente*.

En definitiva, el médico de guardia, de quien se presumen los conocimientos suficientes relativos a la psiquiatría, no sólo debe actuar sino que debe ajustar ese obrar a los cánones de la *lex artis* que despliega, de modo de que su obrar salga airoso frente a la mirada del sistema penal. A dicho análisis todavía le falta la evaluación de múltiples particularidades que hacen a la labor de una guardia y la hipótesis de una urgencia psiquiátrica.

Sin perjuicio de la evaluación de las facultades y exigencias legales que procuran fijar el horizonte de las internaciones psiquiátricas en el principio de dignidad humana, a las que habremos de referirnos seguidamente, muchos consideran la existencia de un instituto de naturaleza penal que habilitaría bajo ciertos recaudos legitimar todo obrar médico coactivo de la libertad tanto física como psíquica de un paciente. Se trata del Instituto del Estado de Necesidad Justificante (legitimante, que elimina la ilicitud del obrar).

«Art. 34 del Código Penal: No son punibles: ... inc. 3° El que causare un mal por evitar otro mayor e inminente a que ha sido extraño».

Escapa a los alcances de este trabajo agudizar la consideración acerca de la real procedencia en la consideración de este instituto, especialmente en orden a la exigencia de inminencia del mal a evitarse y a la resultante de la ponderación de bienes jurídicos a que obliga para la determinación del tamaño de los males causado y evitado.

Simplemente podríamos referir que la inminencia no es una consideración estrictamente temporal: la inminencia es un grado de proximidad del peligro que indica que el daño se puede producir en cualquier momento a partir de aquel en que se suscitó el peligro de su ocurrencia.

La referidas exigencias de pronóstico de un peligro, que no puede ser cualquiera sino que además debe ser grave, ni desde la propia ciencia psiquiátrica y mucho menos desde su ejercicio por un no especialista en una guardia –con las limitaciones de

instancias diagnósticas a las que también aludiremos–, permiten convalidar la consideración automática del instituto que en muchos ámbitos se pretende.

Por otro lado, la exigencia de necesidad (ausencia de una instancia menos lesiva) que, aunque no escrita, acota la operatividad de la totalidad de las justificantes contenidas en nuestro ordenamiento represivo, impone la no proyección del mal causado más allá de los límites estrictamente indispenables para la salvación proyectada, lo cual en el contexto de relatividad preexistente condiciona la lícita operatividad de ésta.

La particular relación médico-paciente

No podemos evitar la consideración de su fugacidad en el trámite de su resolución. Este trato ocasional, veloz y generalmente único, impide la relación transferencial (afectiva) que en la mayoría de los casos se presenta entre psiquiatra y paciente.

Mucho se ha escrito sobre las implicancias de esta relación médico paciente, en orden a su posicionamiento como paliativo o disparador de conflictos judiciales. En lo que a nuestro trabajo respecta, nos detendremos a apuntar que tal ausencia conspira contra el adecuado diagnóstico por ignorancia del historial de la situación que se le presenta, de su contexto social y familiar, y por lo tanto, el médico debe valorar a partir de elementos preponderantemente objetivos las variables necesarias para resolver la situación de crisis.

Lo dicho no resta importancia a la búsqueda de una relación prudente, amplia, conciliadora, segura, con el paciente y sus allegados (familiares, amigos, acompañantes, etc.), como la mejor manera de prevenir complicaciones tanto médicas como legales.

Es importante, en el momento, formalizar una historia clínica muy detallada en la que conste lo afirmado por todo aquel que aporte elementos más allá del paciente, con su individualización filiatoria (nombre, DNI, relación con el paciente) y debidamente rubricado por éste, y fundamentar la con-

ducta a adoptar a partir de tales aportes y su correspondencia con la evaluación clínica.

La capacidad mental del paciente y su representación

La urgencia psiquiátrica generalmente viene acompañada de una incapacidad mental, al menos momentánea, del paciente que recurre a la guardia.

Sin embargo, difícilmente esa incapacidad tendrá su correlato en la declaración judicial que vaya a formalizar en una resolución la respectiva verificación de una incapacidad mental, tal como lo exigen las leyes civiles⁵ o que el paciente vaya a concurrir acompañado por su curador.⁶

Esta situación ideal no se verifica a menudo. Con suerte, se tratará de un menor no emancipado al que lo acompañará alguno de sus padres y, a partir del ejercicio de la patria potestad, la situación relativa a la capacidad del paciente podrá sortearse.⁷

Pero en general, el paciente no acreditará la debida representación legal si la incapacidad resultare notoria. La conducta a adoptar enfrentará ese escollo de, al menos,

dos formas frecuentes: en la imposibilidad de contar con un debido consentimiento informado, y en la oposición de terceros con alguna relación con el paciente a la materialización de la conducta dispuesta por el médico de guardia. A estos temas nos referiremos seguidamente.

El consentimiento informado

Hoy nadie puede discutir la trascendencia como derecho humano fundamental del *respeto a la voluntad del paciente* en toda la ciencia médica, y con mucha mayor razón en la psiquiatría.

La peligrosidad predelictual de los dementes acompañó una larga evolución de escuelas penales que proyectaron el gran auge del evolucionismo darwiniano desde el convencimiento de que el delincuente era un ser anormal predeterminado biológicamente a delinquir.⁸

En el actual estadio evolutivo de las consideraciones bioéticas, abordado por múltiples manifestaciones del derecho internacional de los derechos humanos, nadie cuestiona el «derecho al consentimiento»,⁹ salvo contadas excepciones.¹⁰

⁵ Código Civil: Art. 140. *Ninguna persona será habida por demente, para los efectos que en este Código se determinan, sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente. Art. 141. Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes. Art. 142. La declaración judicial de demencia no podrá hacerse sino a solicitud de parte, y después de un examen de facultativos.*

⁶ Código Civil: Art. 468. *Se da curador al mayor de edad incapaz de administrar sus bienes.*

⁷ Código Civil: Art. 264. *La patria potestad es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado. Su ejercicio corresponde: 1) En el caso de los hijos matrimoniales, al padre y a la madre conjuntamente, en tanto no estén separados o divorciados, o su matrimonio fuese anulado. Se presumirá que los actos realizados por uno de ellos cuenta con el consentimiento del otro, salvo en los supuestos contemplados en el art. 264, quater, o cuando mediare expresa oposición. 2) En caso de separación de hecho, separación personal, divorcio vincular o nulidad del matrimonio, al padre o madre que ejerza legalmente la tenencia, sin perjuicio del derecho del otro de tener adecuada comunicación con el hijo y de supervisar su educación. 3) En caso de muerte de uno de los padres, ausencia con presunción de fallecimiento, privación de la patria potestad, o suspensión de su ejercicio, al otro. 4) En el caso de los hijos extramatrimoniales, reconocidos por uno solo de los padres, a aquel que lo hubiere reconocido. 5) En el caso de los hijos extramatrimoniales reconocidos por ambos padres, a ambos, si convivieren y en caso contrario, a aquél que tenga la guarda otorgada en forma convencional o judicial, o reconocida mediante información sumaria. 6) A quien fuese declarado judicialmente el padre o madre del hijo, si no hubiese sido voluntariamente reconocido.*

⁸ Pérez Pinzón, Álvaro O. *Curso de Criminología*, Tercera Edición, pgs. 14 y sttes., Temis, Bogotá, 1991

⁹ Achával, Alfredo; «Consentimiento en la enfermedad mental», Conferencia pronunciada en oportunidad de su incorporación a la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires en la sesión pública del 29 de agosto de 2006

¹⁰ Convención Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 33ª sesión, Conferencia General de la UNESCO, 19 de octubre de 2005

Históricamente se habilitó la participación en el propio tratamiento al paciente vinculado a una enfermedad somática, y se reservó a terceros la decisión acerca de la segregación a que se destinaba el enfermo mental.

Los avances de la medicina y el principio de la dignidad humana cuya consolidación persigue el derecho internacional, impone una reformulación radical a partir de la cual se extremen los recaudos y medios tendientes a informar y motivar positiva o negativamente al paciente, aun desde su restringida capacidad mental, las conductas médicas a adoptar. Obviamente, ningún derecho es absoluto y presenta excepciones: el riesgo del paciente para sí o para terceros.

Tal excepción se encuentra expresamente regulada en la Ley de Ejercicio de la Medicina, la que efectúa expresa referencia a su manifestación más significativa, habitual y preocupante: el suicidio.¹¹

La normativa exceptúa la obligación de respeto a la voluntad del paciente —el «derecho al consentimiento» del que venimos hablando— en los casos de inconsciencia, alienación mental y tentativas de suicidio, los cuales podrán ser dejados de lado por el médico de guardia; prescindirá de la voluntad del paciente, pero deberá requerir la de su representante legal.

La búsqueda de tal conformidad actualiza las cuestiones vinculadas a la representación del paciente psiquiátrico.

Habitualmente, pueden presentarse —tentativamente— dos situaciones hipotéticas:

En algunas, quienes acompañan al paciente prestan conformidad a la conducta aconsejada por el médico (vg. una internación), pero no ejercen la debida representación de aquél. En otras más conflictivas,

estos terceros que no ejercen formalmente la representación del incapacitado, se oponen a la práctica médica.

Reiteramos en el punto, la indicación vinculada a la documentación (con individualización y rúbrica) en la historia clínica de la totalidad de los avatares que pudieren presentarse.

Una conformidad por parte de los terceros acompañantes o familiares que no ejerzan la representación del insano y que, consecuentemente, pudiera resultar objetada, es fácilmente subsanable solicitando a los efectores que se tramite un mecanismo de imposición al Ministerio Pupilar que corresponda en cada jurisdicción, situación planteada y conducta médica adoptada.¹²

La hipótesis de oposición a la indicación médica es más compleja. El médico de guardia se verá forzado a hacer prevalecer su opinión y decisión, aun ante el representante legal del insano que revista la mayor de las formalidades (curador definitivo con expresa designación judicial en tal carácter), en los casos en que sea de temer que, sin la restricción de la libertad del paciente que la internación o medicación prescrita involucra, pueda dañarse a sí mismo o a los demás.

Tal la prescripción del Código Civil, previendo los casos conocidos como de «internación compulsiva» y la tutela jurisdiccional que debe reconocerse:

Código Civil: Art. 482 «El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial.

Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata

¹¹ Ley 17132 art. 19: *Los profesionales que ejerzan la medicina está, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a: ... 3. Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativas de suicidio o de delito. En las operaciones rutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz.*

¹² Código Civil: Art. 491. *El defensor oficial de menores debe pedir el nombramiento de tutores o curadores de los menores o incapaces que no los tengan; y aún antes de ser éstos nombrados, puede pedir también, si fuese necesario, que se aseguren los bienes y se pongan los menores o incapaces en una casa decente.*

cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos.»

Por otro lado, la Ley Nacional 22914 establece el régimen legal de internación en establecimientos psiquiátricos, previniéndose como hipótesis:

ARTÍCULO 1. - *La internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcoholistas crónicos o toxicómanos, sólo se admitirá: a) por orden judicial; b) a pedido del propio interesado o su representante legal; c) por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el segundo párrafo del artículo 482 del Código Civil; d) en caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incisos 1) al 4) del artículo 144 del Código Civil.*¹³

Los supuestos que interesan al presente trabajo serán únicamente los vinculados a las pretensiones de internación por parte de la autoridad policial, las cuales –amerita no olvidar– deben convalidarse a partir del dictamen médico oficial.

Difícilmente la orden judicial de internación se instrumenta a partir de una guardia. Tales órdenes involucran generalmente una clara determinación del lugar y con-

diciones de la misma. También resultará difícil que alguien solicite en una guardia una internación. Si su capacidad mental le habilita darse cuenta de la necesidad de contención o se trata de parientes del enfermo que la solicitan, lo normal es que ya conozcan un sitio específico donde internarse con especialidad en Psiquiatría y no recurran a una guardia psiquiátrica.

Sin perjuicio de ello, la regulación arroja algo de luz sobre la representación del enfermo en cuanto valida la solicitud de internación por «sus parientes». La consideración analógica de la norma en relación a eventuales falencias en la representación del incapaz a que ya nos refiriéramos, podrá –siempre en el marco de una adecuada historia clínica– aportar soluciones.

Pese a todo, no podremos prescindir de la reiterada verificación de intereses contrapuestos entre los familiares y el paciente, a los que la literatura, la cinematografía y las telenovelas nos tienen acostumbrados, pero que se nutren de penosas realidades verificables.

Con todo, la normativa no termina de resolver la cuestión del médico general que, al frente de una guardia, debe resolver una internación psiquiátrica.

Será éste quien deba advertir sobre el peligro de daño para el paciente o para terceros, y fundamentar el diagnóstico respectivo. Sin embargo, la ley no lo faculta expresamente a disponer esa internación.

Deberá, entonces, desplegar toda una instancia judicial tendiente a habilitar las conductas que la urgencia impone.

La jurisprudencia pacífica de nuestro Superior Tribunal es reveladora:

En nuestro sistema constitucional resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de resolución adoptada por los jueces designados por la ley (conf. Fallos: 139:154). Concretamente, el art. 482, párrafos 2° y 3° del Código Civil prevé, en relación a las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos

¹³ Art. 144. *Los que pueden pedir la declaración de demencia son: 1° El esposo o esposa no separados personalmente o divorciados vincularmente; 2° Los parientes del demente; 3° El Ministerio de Menores; 4° El respectivo cónsul, si el demente fuese extranjero.*

o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública, la facultad de las autoridades policiales de disponer su internación compulsiva, dando inmediata cuenta al juez, contemplándose además la posibilidad de que aquélla sea solicitada por las personas enumeradas en el art. 144 del mencionado cuerpo normativo, la que será ordenada por el juez previa información sumaria, designándose «un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos»; ello es así en razón del carácter cautelar, provisional o preventiva de dicha detención.¹⁴

La negrita y el subrayado, pretenden enfatizar que en la sistemática normativa propuesta por la CSJN, la posibilidad de internación (a la que denomina directamente «detención») sin orden judicial existe, si bien sujeta a múltiples limitaciones y previsiones de control.

La internación se efectuará, entonces, y luego el médico y la dirección del efector —que deberá aportar una inmediata ratificación de la medida— se verán obligados a desplegar toda una instancia burocrática administrativa y judicial tendiente a la observación de los recaudos legales contenidos en la aludida ley 22914, que en todos los casos involucra el anoticiamiento al Ministerio de Menores e Incapaces —órgano que en cada jurisdicción provincial tendrá una organización diversa— y a los familiares del paciente.¹⁵

El alta voluntaria

El alta voluntaria resulta una práctica bastante arraigada en la realidad de nuestros centros de salud, tanto públicos como privados. Este punto también presenta ribetes particulares.

En primer lugar, la internación no habrá de extenderse más allá de lo que dure o se proyecte la *situación de riesgo que le dio origen*, para el paciente o para terceros.

Así puede colegirse de la parte final del art. 482 del Código Civil y así también se encarga de establecerlo la Ley 22914, poniendo al Director del establecimiento como responsable del inmediato cese de la medida.¹⁶

En consecuencia, al mantenerse los motivos que habilitaron disponer tal internación, no queda espacio para lo que conocemos como alta voluntaria. Por parte del paciente, dado que será su problema mental el que viciará su voluntad en el punto, y es su subjetividad e integridad física, así como la de los que lo rodean, la que procura preservarse.

Tampoco podrán tramitarla o pretender imponerla los terceros parientes del paciente, ni aun desempeñándose como formales representantes del insano. Ello, por cuanto la necesidad derivada del diagnóstico que motivó la internación se fundamenta exclusivamente en criterios y consideraciones médicas que, si bien excepcionales, van más allá de la opinión de los eventuales representantes legales del enfermo. A nadie podrá escapar que, a menudo, quienes conviven con un enfermo mental ven complicados todos los restantes órdenes de su vida con la internación y consecuente sustracción del enfermo de sus pautas diarias de vida. Sin embargo, habilitar esta consideración conllevaría a relativizar aquellas que motivaron la internación.

La internación ha sido definida como un proceso dinámico integrado por un acto médico inicial en el acto de internar, y evolutivo en el acto de mantener la internación. La misma, fundamentada a partir de convicción diagnóstica, terapéutica y pronóstica sobre la peligrosidad del paciente, no deja resquicios —en la especial situación que abordamos— para la libre disponibi-

¹⁴ CSJN, 27/12/2005, «T., R. A. s/ internación», Competencia N° 1511. XL

¹⁵ Cf. Ley 22914 Arts. 2 b) a; 3; 4 b); 6, etc.

¹⁶ Ley 22914 art. 4: ... c) *el Director del Establecimiento... dispondrá por su sola autoridad que la internación cese tan pronto desaparezcan las causas que la justificaron, notificando de ello al interesado o a su representante legal y al Ministerio de Menores e Incapaces.*

dad del paciente o por terceros de los bienes jurídicos en juego.

Ello, al menos, en relación a la interacción de urgencia que pudiere practicar el médico de guardia, y sin que quepa proyectar tales consideraciones a las medidas que los especialistas dispongan en las interconsultas y ratificaciones y/o correcciones diagnósticas a que la medida pueda dar lugar.

Excursus¹⁷ sobre los seguros de responsabilidad profesional

Como queda expuesto, son múltiples, variados y polifacéticos los recaudos, conocimientos y exigencias que pesan sobre los médicos en la hipótesis a que pretenden dedicarse las presentes reflexiones. Las posibilidades de conductas u omisiones que involucren la responsabilidad profesional del médico se multiplican en relación directa con estas particularidades.

No podrá, entonces, concebirse la actividad médica sin, o prescindiendo de, la respectiva *cobertura de un seguro* que le devuelva la tranquilidad con la que debe desenvolverse como médico, con el riesgo de retroalimentar exposiciones de inseguridad o de excesos en los recaudos.

Sin embargo, aún contando con el seguro correspondiente, la cuestión no termina allí. Por un lado, resultará necesario depurar de la lista de oferentes de pólizas a aquellas aseguradoras que sólo promueven la suscripción de éstas y prescinden del interés del médico (relativo a celeridad, evitación de mayor deterioro en la relación con el paciente, etc.) y se concentran en la atención de sus intereses financieros.

Es esta la actitud de las empresas que se limitan a acumular juicios y demorarlos por años con la consecuente proyección de incertidumbre (tanto para el paciente con el mayor deterioro de su consideración para con el profesional médico, como para el médico que carga mentalmente con el problema durante años), para general-

mente lucrar con la desesperación de la gente o sencillamente desaparecer del mercado solicitando la liquidación de la empresa y abandonando a su suerte a los asegurados.

Como pauta orientativa respecto de la seriedad de la empresa, cabe considerar la actitud inmediata de la misma frente a un evento que pudiere proyectar responsabilidad del médico involucrado, en tanto la compañía procure un inmediato abordaje del conflicto que, generalmente, se traducirá en el reconocimiento de una indemnización no solo satisfactoria sino rápida y con trámite sencillo.

Este utópico esquema de relación entre médico-asegurador-paciente ante un eventual suceso que torne operativa la cobertura, requiere necesariamente de un brusco cambio de mentalidad, un profundo cambio de consideración filosófica y de paradigmas en el ejercicio de la medicina.

Conspira contra esta relación la arraigada concepción del «médico dios» que nunca yerra, y por el cual tendrá que responder otro (generalmente también médico o auxiliar médico, y el círculo empieza a complicarse al retroalimentarse en esta concepción) y como nota distintiva de todo problema de *mala praxis* que intensifica su entidad terminando por ventilarse como un problema penal, con el consecuente descrédito y estigma que genera en sus pares la noticia de que tal o cual tiene un problema de *mala praxis*.

Ni bien se modifique tal posicionamiento subjetivo, tanto individual como colectivo, en la comunidad médica y, como contrapartida, se asuma que el médico no sólo no es un dios omnipotente e infalible sino que, por el contrario, lo normal será que en 30 años de profesión vaya a equivocarse al menos en alguna oportunidad y ello deje de ser motivo de oprobio o desprestigio para pasar a asumirse como consecuencia necesaria del complejo estado de evolución de la ciencia y su proyección en la praxis que exige el mundo actual. Las cuestiones de *mala praxis* no dejarán de existir, pero aliviadas en cuanto a su intensidad y contenidas a partir de un

¹⁷ Dentro de un discurso o texto, lo que se aparta temporalmente del tema principal (sin.: digresión, paréntesis, inciso)

seguro efectivo y serio, dejarán de tener la consonancia negativa que hoy exhiben.

Todos asumimos como absolutamente normal que podamos, en alguna oportunidad, tener una conducción vehicular que genere daños que tengamos que asumir a costa de nuestra responsabilidad, y para ello incorporamos a nuestro comportamiento la contratación de un seguro. Para nuestra tranquilidad, no nos flagelamos replanteándonos nuestras condiciones de manejo, ni dejamos de manejar y ni nos movemos mayoritariamente en taxis, sino que contratamos un seguro privilegiando a aquella compañía que, ante tal evento, nos solucione rápidamente el problema.

La tranquilidad del médico en su actividad debería emular a la del conductor responsable, como única forma de evitar agregar otro riesgo cual es el de su obrar temeroso, dubitativo o condicionado psíquicamente.

El cambio de paradigma –precedentemente expuesto– que proponemos y estimamos necesario, habilitará una consideración menos traumática de los avatares que el ejercicio de la medicina propone en el mundo actual.

Conclusiones

El médico, al enfrentar una urgencia psiquiátrica, no solo tiene habilitada la adopción de las conductas de mayor trascendencia, en orden a la afectación de derechos personalísimos, de los más relevantes, como lo son la libertad física y psíquica del paciente, sino que en los casos extremos en que se encuentren en juego la integridad del propio paciente o de terceros, tiene, además, la obligación de adoptarlas.

Tales facultades, dada la trascendencia de esas afectaciones, involucran múltiples obligaciones legales tendientes a evitar y eventualmente corregir con la mayor celeridad posible, los yerros en que la promiscuidad de la atención que una guardia, a partir de un no especialista, pueda generar.

El conocimiento de la real extensión de estas facultades, deberes y obligaciones coadyuvará a evitar controversias y reclamos, brindando seguridad y tranquilidad a los profesionales involucrados.

Bibliografía

- Carrasco Gómez JJ. *Responsabilidad médica y psiquiátrica*. Madrid: Colex, 1998.
- Carrasco Gómez JJ. *Responsabilidad médica y psiquiátrica*. Madrid: Colex 1990.
- Curia M y J Patitó. *Responsabilidad Médica: deberes y derechos de los médicos*. Vol 80; N° 10. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1993.
- Espector E. «Responsabilidad Legal de los Profesionales y de los Establecimientos Asistenciales ante el Paciente Suicida.» En: *Desarrollos en Psiquiatría Argentina* 1997;2:4 (Set/Oct).
- Espector E. «Mala Práctica en la Prescripción de Psicofármacos. Cuando el Remedio es peor que la Enfermedad.» En: *Desarrollos en Psiquiatría Argentina* 1998; Junio/Julio.
- Espectro E. «Algunas Reflexiones sobre el Consentimiento Informado.» En: *Interclínicas* 1999/2000; 5.
- García-Blázquez M; Molina-Cobos, JJ. *Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica*. Granada: Comares, 1995.
- Gisbert-Calabuig JA. «Responsabilidad profesional.» En: *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson-Salvat, 1992. Págs. 63-76.
- Guersi Cc. *Responsabilidad por prestación médico asistencial*. Buenos Aires: Hammurabi, 1992.
- Highton E. *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*. Buenos Aires: AD-HOC, 1991.
- Kraut AJ. *Responsabilidad profesional de los psiquiatras*. Buenos Aires: La Rocca, 1991.
- Montenegro R. «Consentimiento Informado en Psicoterapia.» En: *Perspectivas Bioéticas* 2003; 8(15)
- Mosset-Iturraspe J. *Responsabilidad del Médico*. Buenos Aires: Astrea, 1985.
- Mosset-Iturraspe J; Lorenzetti R. *Contratos Médicos*. Buenos Aires: La Rocca, 1991.
- Simon R. «Psychiatry and Law for Clinicians.» En: *Am Psychiatry Press* 1992.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Abstinencia	24, 34, 37, 50, 72, 84, 89, 90, 105, 106, 113, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 156, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165	Angustia	21, 22, 26, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 42, 43, 44, 48, 51, 52, 59, 60, 63, 66, 89, 90, 94, 97, 98, 120, 146, 156, 161, 162, 169
Acatisia	49, 64, 65	Anhedonia	57, 76, 154
Activación	41, 42, 46, 47, 60, 61, 102, 152, 163	Anorexia	33, 92, 97, 114, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 148, 150, 155, 161
Afectividad	61, 67, 85	Ansiedad	22, 25, 28, 34, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 68, 72, 75, 93, 101, 148, 149, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162
Afectivo	43, 44, 49, 55, 57, 58, 60, 64, 67, 69, 76, 83, 85, 151, 161, 163	Antidepresivo/s	50, 51, 53, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 70, 74, 75, 76, 77, 79, 85, 94, 105, 107, 113, 115, 154, 157
Agitación	22, 23, 56, 65, 70, 71, 74, 76, 77, 82, 86, 101, 104, 106, 112, 113, 115, 148, 153, 154, 156, 157, 164	Antimaníacos	76
Agorafobia	42, 45, 51, 52	Antiparkinsoniano	72
Agresividad	22, 23, 38, 72, 89, 90, 95, 97, 112, 120, 126, 127, 129, 146, 147, 148, 151, 153, 168	Antipsicóticos	73, 76, 85, 104, 106, 113, 147, 148, 149, 154
Alcohol	13, 24, 26, 37, 44, 45, 51, 58, 59, 68, 70, 72, 74, 77, 78, 84, 92, 97, 109, 112, 113, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 160, 162, 163	Apatía	111, 150, 156, 159, 162, 164
Alcoholismo	24, 70, 94, 101, 168, 83, 146, 147, 148, 149	AP	25, 26, 27, 28, 44, 48, 55, 56, 72, 130, 142, 166, 173
Alcohólico/a	150, 151, 179, 180	Asistente social	115
Alcoholizado	148	Ataque de pánico	39, 43, 45, 51, 52
Alexitimia	134	Atención	56, 81, 82, 109, 148, 151, 155, 162, 164
Alimentación	23, 34, 49, 120, 133, 134, 135, 140, 141, 142	Atrofia	61, 110, 141, 159, 162
Alucinaciones	36, 37, 71, 73, 82, 93, 94, 101, 104, 111, 147, 149, 153, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 164	Autismo	114
Alucinatorias	69, 74, 76, 82, 146, 147, 161		
Alucinógenos	83, 84, 146, 157, 160, 161	B	
Amnesia	36, 150, 159, 166	Benzodiazepinas	113, 114, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 156, 157, 159, 161
Anemia	49, 59	Bipolar	55, 57, 58, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 89, 92, 102, 104, 105, 114
		Bulimia	72, 92, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143

C

Cannabis 145, 160, 161, 162
 Carbamazepina 73, 74, 76, 104, 105
 Catatonía 81, 83, 84, 85, 86
 Catatónico 83, 84, 85
 Cerebelo 161
 Cerebelosa/o 146, 150, 159
 Ciclado 66, 69, 77
 Ciclotimia 68, 69, 70
 Ciclotímico 69, 70
 Climático 169, 170
 Coca 145
 Cocaína 52, 142, 146, 152, 153, 154, 155, 156, 168
 Cognición 42, 81
 Cognitiva 41, 42, 45, 50, 53, 56, 67, 70, 81, 82, 105, 109, 110, 115, 148, 149, 157, 162
 Coma 73, 83, 146, 147, 151, 152, 153, 156, 164, 165
 Comatosa 147, 152, 164
 Compliance 76, 151
 Compulsivo 43, 48, 101, 135, 139, 140, 142, 153, 155, 165, 166, 179, 180
 Conciencia 23, 36, 37, 42, 43, 46, 82, 87, 88, 109, 110, 149, 150, 159, 160, 162
 Conciente 47, 87
 Concientizado 28
 Condicionamiento 91
 Conflicto 22, 25, 32, 37, 38, 51, 87, 90, 95, 97, 98, 120, 123, 127, 128, 140, 142, 146, 166, 172, 177, 182
 Confusión 20, 22, 24, 39, 58, 68, 82, 85, 86, 101, 102, 109, 111, 129, 146, 147, 150, 166
 Confusa/o 22, 31, 81, 101, 147
 Confusional 34, 37, 73, 82, 86
 Contratransferencial 89, 90
 Conversión 36
 Conversiva 36, 85
 Convulsión 73, 82, 141, 149, 151, 152, 153, 156, 157
 Convulsiva/o 36, 74, 83, 85, 148, 149, 153, 156
 Corticoides 59, 113
 Crisis 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 43,

45, 51, 52, 58, 68, 72, 75, 77, 91, 93, 97, 101, 104, 105, 115, 117, 119, 120, 121, 126, 142, 143, 146, 148, 149, 150, 153, 156, 161, 162, 165, 171, 172, 173, 177

D

Delirio 32, 36, 71, 76, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 93, 101, 104, 111, 149, 157
delirium 26, 34, 81, 85, 86, 109, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 159, 160, 162, 164, 166
 Demencia 58, 59, 70, 81, 102, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 159, 178, 180
 Demencial 109, 112, 114, 115
 Demente 178, 179, 180
 Dependencia 22, 34, 50, 51, 57, 95, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 159, 160, 161, 163, 165, 167
 Desorientación 111, 147, 149, 150
 Depresión 20, 21, 24, 26, 34, 37, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 85, 87, 89, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 102, 105, 111, 114, 115, 134, 137, 141, 142, 146, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 161, 162, 163, 164
 Deshabitación 0, 163
 Desrealización 162
 Diabetes 45, 105, 114, 142
 Discinesia tardía 73, 74
 Disforia 57, 70, 154, 156, 163, 164
 Distimia 56, 57, 102
 Dopamina 60, 66, 82, 152
 Drogas 20, 24, 39, 45, 46, 50, 51, 52, 58, 65, 70, 97, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 120, 141, 146, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 167, 168
 Drogadicción 167
 Duelo 34, 37, 60, 88, 94, 95, 98

E

Electroshock	85
Electroencefalograma	24, 141, 159
Encefalopatía	49, 73, 84, 111, 112, 150, 159
Entrevista	22, 27, 35, 36, 38, 56, 72, 94, 117, 120, 138
Entrevistador	72
Epilepsia	49, 84, 112, 148, 153, 159
Esquizoafectivo	70
Esquizofrenia	68, 69, 74, 76, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 142, 157, 161
Esquizofrénico	20, 68, 76, 93, 120
Esquizoide	147, 161
Estrés (Ver <i>Stress</i>)	24, 45, 82, 161
Estresantes	62, 137
Estupor	151, 159
Euforia	71, 94, 112, 146, 153, 155, 156, 157, 158, 163, 164, 165, 166

F

Fase	47, 63, 68, 69, 72, 73, 75, 78, 109, 111, 139, 141, 146, 147, 150
Fabulación	150
Factor	27, 28, 42, 47, 48, 49, 51, 56, 58, 59, 60, 61, 68, 70, 76, 81, 82, 91, 94, 98, 103, 110, 124, 126, 128, 135, 138, 140, 142, 143, 148, 149, 158, 163, 166
Familia	20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 44, 50, 51, 52, 56, 58, 59, 62, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 138, 140, 142, 143, 146, 161, 167, 172, 177, 179, 180, 181
Feocromocitoma	49
Flexibilidad cérea	83, 84
Fobia	43, 45, 48, 101, 142

Freud	43, 48, 145, 168
Fuga	36, 71, 76, 85, 89, 92, 94, 111, 171

G

Gastrointestinal	42, 49, 142, 156, 159
Grupo familiar	62, 129, 167

H

Hepático	37, 59, 65, 72, 73, 83, 84, 105, 106, 111, 113, 140, 149, 152, 153, 155, 156, 159, 163, 165, 167
Hiperactividad	148
Hipersomnia	56, 58, 75, 154, 156
Histeria	21, 36, 83, 87, 94, 95, 133
Homosexualidad	166
Huída	47
Humor	50, 56, 57, 58, 67, 71, 72, 75, 76, 82, 101, 115, 156

I

Idea	138, 147, 149, 151, 153, 154, 155, 159, 162, 164, 170, 171, 178
Identidad	17, 58, 96
Identificación	28, 36, 39
IMAO	53, 64, 105
Impotencia	32, 33, 49, 93, 120, 156
Impulso	23, 70, 94, 97, 124, 127, 138, 147, 151, 153, 154, 155, 159
Inactivación	61
Incoherencia	133
Inconsciente	32, 36, 46, 87, 160, 170, 177, 179
Incontinencia	58, 111
Inquietud	48, 71, 72, 102, 125, 152, 161, 164
Insomnio	49, 56, 58, 63, 66, 85, 93, 94, 102, 111, 146, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 164
Instinto	124

L

Lenguaje	34, 88, 105, 110, 121, 146, 151, 164
Leucoencefalopatía	112
Litio	68, 70, 73, 76, 77, 85, 102, 104, 105
LSD	52, 83, 84, 160

M

Manía	46, 57, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 85, 153
Maníaco	20, 67, 68, 69, 71, 74, 75, 76, 77
Memoria	35, 47, 49, 53, 56, 59, 61, 82, 93, 109, 110, 111, 148, 150, 151, 158, 162, 164
Meníngea	147
Meningitis	86, 112
Miedo	22, 38, 41, 42, 43, 46, 47, 51, 52, 56, 72, 97, 129, 135, 136, 137, 138
Mutismo	83, 84, 110, 112

N

Neuroléptico	64, 68, 72, 73, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 104, 113, 114
Neurosis	21, 43, 48, 57, 93, 94, 133
Noradrenalina	41, 60, 152, 163
Noradrenérgico	46, 61, 65, 66, 163

O

Obesidad	134, 135, 136, 138
Obnubilación	109, 146, 150
Olvido	110
Onírico	81, 82, 134, 147
Onirismo	82
Opiáceos	153, 163, 164, 165
Opiodes	153, 163, 164, 165
Orientación	72
Oxcarbamecina	73

P

Parálisis	36, 112, 150
Paranoia	76, 166
Parkinson	59, 85, 112, 113, 114
Parto	52, 101, 102, 103, 105, 107, 156
Pensamiento	20, 25, 28, 56, 57, 58, 67, 69, 76, 82, 84, 91, 93, 118
Percepción	42, 67, 82, 91, 134, 135, 136, 160, 161, 162, 166, 171
Personalidad	28, 36, 43, 45, 50, 70, 74, 75, 83, 84, 91, 94, 95, 134, 142, 147, 151, 154, 159, 161, 162, 163
Procesamiento emocional	46, 47
Psicofármacos	21, 24, 37, 61, 81, 83, 86, 94, 101, 104, 106, 107, 113, 115, 146, 184
Psicopatía	35
Psicosis	20, 36, 67, 68, 76, 81, 101, 102, 142, 150, 155, 163
Psicoterapia	62, 85, 92, 118, 120, 184
Puerperio	21, 101, 102, 104, 105

R

Reactivación	62
Realimentación	139, 141
Regresión	91, 139, 141, 160
Retraso	105, 106, 139, 154, 156
Retroalimentación	23

S

Sedante	21, 52, 74, 84, 102, 151, 153, 154
Sangre	106, 146, 148, 158, 166
Sensación	21, 22, 42, 52, 53, 84, 85, 92, 96, 102, 129, 136, 137, 153, 155, 156, 157, 158, 162, 163, 166
Serotonina	60, 63, 64, 86, 115, 152
Stress (Ver Estrés)	37, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 61
Sueño	37, 49, 50, 57, 58, 59, 66, 71, 82, 101, 109, 111, 112, 146, 147, 154, 156, 157, 165

T

Temblor	36, 49, 66, 85, 86, 106, 146, 148, 149, 151, 153, 156, 158, 160, 164
Temor	23, 37, 38, 41, 42, 45, 49, 52, 59, 92, 111, 123, 129, 134, 136, 138, 143, 158, 162
Terapeuta	72, 98, 118
Terror	42, 52, 82, 129
Tolerancia	20, 22, 38, 63, 64, 94, 115, 128, 130, 147, 150, 151, 155, 158, 160, 163
Tranquilizante	158, 160, 163

Transferencial	92
Traumatismo craneal	39, 98, 177
Tristeza	49, 147, 149
Tumor	36, 45, 56, 65, 94, 95, 146, 49, 59, 111, 114, 142

V

Vulnerabilidad	61, 91, 96, 146, 162, 166, 175
----------------	--------------------------------

Y

Yo	55, 90
----	--------

