

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

76



INSTITUCIONES EN PSICOGERIATRÍA

Abramovich / Bustin / Fassio / Matusevich / Roque / Szulik

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

Volumen XVIII - Nº 76 Noviembre - Diciembre 2007

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

Comité Científico

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

Comité Editorial

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

Corresponsales

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

Corresponsales en el Exterior

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

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

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

Diseño
Ruff's Graph
ruff@speedy.com.ar

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVIII N°75, SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2007

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

Vertex
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
bimestral

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

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

*Ilustración de tapa
Mariana Gabor
"Amar elo"
100 cm x 30 cm
Acrílico sobre tela
2007*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Relación entre el Estrés Postraumático, los Trastornos de la Personalidad y los Antecedentes Personales en una Unidad de Estrés Postraumático (estudio descriptivo)
M. Spinetto, L. Larregina, C. Benvenuto pág. 405
- Influencia del factor sexual en la farmacoterapia con opoides
S. L. Díaz pág. 413
- Eficacia y seguridad de Gabapentina en el Trastorno Límite de Personalidad: estudio abierto de seis meses de duración
L. Peris, N. Szerman, M. Ruíz pág. 418
- Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia
E. Keegan, C. J. Garay pág. 423

DOSSIER

INSTITUCIONES EN PSICOGERIATRIA

- La psicogeriatría en las instituciones geriátricas: una tierra de oportunidades
D. Matusevich pág. 431
- Entrevista a Mónica Roque. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores
D. Matusevich, F. Triskier pág. 438
- La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina
A. Fassio pág. 443
- No solo para la reina: la Gerontopsiquiatría en Inglaterra
J. Bustin pág. 448
- Los antipsicóticos en las instituciones geriátricas
J. Szulik pág. 454
- Los centros de día para Adultos Mayores
G. Abramovich pág. 461

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La salud mental en China. Las edades de la vida pág. 467

CONFRONTACIONES

- Desarrollo de una batería neuropsicológica sensible para predecir el rendimiento de vehículos en adultos mayores de 55 años
R. Grillo, C. A. Mangone pág. 473

SEÑALES

- In memoriam
F. Pagés Larraya pág. 479

EDITORIAL

U

na nueva etapa política en nuestro país? ¿Continuidad? El futuro inmediato lo dirá. Hay pronósticos agoreros, hay pronósticos triunfalistas, hay indiferencia en los actores sociales. No puede concebirse la Salud Pública si no se lo hace en el marco de una Política de Salud Pública. Los problemas que se presentan en esa área son, como es bien conocido, de larga data y por demás acuciantes. Al abrigo de medidas asistencialistas de emergencia tomadas después de la catástrofe socio-económica del 2001, y según algunas cifras estadísticas, ciertos indicadores han mejorado en el pasado inmediato. Pero, las soluciones de fondo siguen esperando su turno para entrar en la agenda del Estado. La Salud Mental es una de ellas. El panorama que se observa en ella es en extremo deficiente. Es cierto, que hay iniciativas en algunas provincias que arrojan resultados promisorios y que, fruto del trabajo encarnizado de equipos dispersos en nuestra amplia geografía, se registran experiencias que deben continuar y desarrollarse. Pero, lo que está ausente es una política concertada a nivel nacional, dotada de los criterios y recursos necesarios para sostenerla en el largo plazo. Desde el Ministerio de Salud Pública se implementaron, inteligentemente, medidas y proyectos que han permitido ordenar y avanzar en algunos aspectos, pero la dispersión de focos de decisión provinciales no permiten ir más allá de directivas y campañas que, aunque pertinentes en muchos casos, no alcanzan a incidir en las realidades de base y avanzar, por ejemplo, en políticas de prevención más consensuadas y efectivas a la hora de actuar en la realidad. Y mencionamos un ejemplo sin olvidar todos los demás. La situación asistencial es también límite. Los estándares internacionales recomendados distan mucho de lo que podemos ofrecer en nuestros datos. La formación de recursos humanos es en extremo deficitaria. Las plazas de Médicos Residentes, retribuidas con magros salarios, son excesivamente escasas y persiste en la preparación racional de los futuros especialistas una metodología errática carente de una dirección clara respecto del perfil que se espera que tengan al culminar la Residencia. No hay, prácticamente, una formación racional de enfermeras/os psiquiátricos. Persisten instituciones de corte manicomial y se carece de medidas vigorosas para crear las alternativas comunitarias que acojan a los pacientes en su proceso de reinserción social. El control judicial de las internaciones, cuyo principal objeto es garantizar la seguridad y libertad de los pacientes se convierte frecuentemente en factor de rémora favoreciendo la prolongación de internaciones que no tienen justificación médica. Una legislación nacional adecuada a los recursos terapéuticos actuales sigue empantanada en discusiones y tironeos interminables, más basados en intereses sectoriales y corporativos que en dificultades conceptuales. Podríamos seguir enumerando muchos otros puntos a resolver con urgencia, directamente ligados con la calidad de la salud mental de la población tales como la salud en general, el derecho al trabajo limpio y legalmente registrado, la vivienda, la ecología urbana y la educación... Todo ello se agolpa en las expectativas que se mencionaban al principio. Esperemos, vigilantes, constructivamente y activamente comprometidos, que no se frustren otra vez. Sería inadmisibles y de consecuencias catastróficas que así fuera ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2007

Vertex 71 / Enero – Febrero
**PREJUICIO Y ESTIGMA
EN PSIQUIATRÍA**

Vertex 72 / Marzo – Abril
**CALIDAD DE VIDA
EN SALUD MENTAL**

Vertex 73 / Mayo – Junio
**EDUCACIÓN EN PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL**

Vertex 74 / Julio – Agosto
“EL SUEÑO Y LOS SUEÑOS”

Vertex 75 / Septiembre – Octubre
BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA

Vertex 76 / Noviembre – Diciembre
VEJEZ E INSTITUCIONES

Relación entre el Estrés Postraumático, los Trastornos de la Personalidad y los Antecedentes Personales en una Unidad de Estrés Postraumático (estudio descriptivo)

Spinetto Marcela

*Licenciada en Psicología. Jefa de psicodiagnóstico del Centro de Estrés Postraumático de Buenos Aires.
E-mail: spinettom@fibertel.com.ar*

Larregina Luciana

*Licenciada en Psicología. Integrante del Centro de Estrés Postraumático de Buenos Aires.
E-mail: llarregina@yahoo.com.ar*

Benvenuto Cecilia

*Licenciada en Psicología. Integrante del Centro de Estrés Postraumático de Buenos Aires.
E-mail: cecib@fibertel.com.ar*

Introducción

El Centro de Estrés Postraumático de Buenos Aires (CEPT), en el cual desempeñamos nuestra tarea de evaluación Psicodiagnóstica, trabaja con pacientes derivados de diferentes Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART), que han padecido un accidente laboral en su puesto de trabajo o en itinere (esto es, en el tra-

yecto desde o hacia el trabajo). Estos sujetos son atendidos por sus correspondientes ART, por diferentes médicos a los fines de tratar las afecciones ocasionadas por el accidente. Cuando ellos lo consideran necesario, derivan a los pacientes al Centro mencionado, donde se les brinda la atención psiquiátrica correspondiente. En el mismo Centro funciona el Equipo de Psicodiagnóstico.

Resumen

Al examinar los posibles predictores del Trastorno por Estrés Postraumático, los investigadores se han focalizado en la intensidad del trauma, en la severidad de los síntomas, en los Trastornos de Personalidad, restando atención a otras variables. Este estudio descriptivo examina cómo los Trastornos de Personalidad, la intensidad que reviste el trauma y las diferentes variables demográficas/personales (traumas previos al actual y vulnerabilidad individual) están relacionados con la posibilidad de experimentar un trauma y a la severidad de los síntomas del Estrés Postraumático, en una muestra de 50 pacientes que padecen diferentes tipos de trauma.

Palabras clave: Estrés Postraumático - Trastorno de Personalidad - Vulnerabilidad - Severidad sintomatológica - Traumas Previos.

RELATIONSHIP BETWEEN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, PERSONALITY DISORDERS, AND PERSONAL HISTORY IN A POSTTRAUMATIC UNIT (descriptive study).

Summary

In examining predictors of Posttraumatic Stress Disorders, researchers have focused on trauma intensity, symptoms severity, personality disorders and devoted less attention to other variables. This descriptive study examine how personality disorders, intensity of trauma and demographic variables (previous trauma and vulnerability) are related to the likelihood of experiencing a trauma, and to the severity of posttraumatic symptoms in a sample of 50 patients reporting a wide range of trauma.

Key words: Posttraumatic Stress Disorder - Personality Disorders - Vulnerability - Symptoms Severity - Previous Trauma.

Los siniestros que se derivan más frecuentemente son: violaciones, asalto a mano armada (con o sin violencia física), accidentes automovilísticos (con o sin pérdida de conciencia o traumatismo encéfalo craneano), amputaciones por manipulación de máquinas, caídas de altura, intoxicaciones, etc.

La población que nos convoca o bien está urgida de recibir tratamiento psiquiátrico-psicológico o lo contrario, puede encontrarse en medio de un litigio con su ART, en condiciones socio-económicas comprometidas, intentando regresar a su puesto de trabajo o intentando ser reacomodada por su incapacidad posterior al siniestro.

Las demandas en el área de evaluación psicodiagnóstica son: evaluar la presencia y severidad de un Estrés Postraumático (EPT), evaluar la presencia y severidad de un traumatismo encéfalo craneano, evaluar la presencia de preexistencia o vulnerabilidad previa al trauma o evaluar la presencia de posible Simulación, Sobre-simulación o Meta-simulación. Para cada uno de estos pedidos se realiza una entrevista semiestructurada cuyo objetivo es la recolección de datos específicos y el diseño de la batería de técnicas que se ajusta a cada caso en cuestión.

El propósito de la misma fue el análisis e interrelación de las variables de personalidad, los antecedentes personales y la intensidad sintomatológica del trauma en pacientes que presentan diagnóstico de Estrés Postraumático al momento del examen.

Decidimos centrarnos en el Eje II, ya que la mayoría de estudios de investigación se han centrado en la comorbilidad del EPT con patología del eje I (21, 26, 29) y no de eje II.

Revisando la literatura pertinente, observamos que la elevación de los rasgos antisociales y borderline de personalidad son predictores significativos de la aparición de EPT. La hipótesis es que la impulsividad propia de ambos trastornos puede estar asociada a un incremento en la probabilidad de desarrollar un EPT frente a diferentes situaciones ambientales (7, 15, 20).

A su vez, los comportamientos disruptivos previos a los 15 años de edad constituye otra característica propia del trastorno antisocial de personalidad que da cuenta de la necesidad del paciente de generarse emociones intensas y que lo predispone también al trauma (17).

Bollinger y colaboradores (4), siguiendo la línea que plantea una relación entre los trastornos de personalidad y el EPT, utilizaron la Entrevista Clínica Estructurada que evalúa los Trastornos de Personalidad (SCID) (32), y observaron que el 79,4 % de los participantes que fueron diagnosticados como padeciendo de EPT, fueron a su vez, diagnosticados al menos como portadores de un trastorno de personalidad (TP). De estos, 29,9 % recibieron un diagnóstico de personalidad, 21,5 % recibieron dos, 15,9 % recibieron tres y 12,1 % recibieron cuatro o más diagnósticos de personalidad. El más frecuente fue Evitativo (47,2 %), luego Paranoide (46,2 %), Obsesivo Compulsivo (28,3 %) y por último Antisocial (15,1 %).

Este estudio concuerda con el de Francis y colaboradores (12) quienes encontraron que más de un tercio de los pacientes con EPT, reunían criterios al menos para dos trastornos de la personalidad. Los más frecuentes en este caso fueron Borderline (76 %), Obsesivo Compulsivo (44 %), Evitativo (41 %) y Paranoide (38 %).

Concuerda con la investigación de Dunn (10) y colaboradores, quienes concluyeron que los diagnósticos de personalidad más frecuentemente encontrados en su muestra fueron: Paranoide, Obsesivo Compulsivo y Evitativo.

A pesar de encontrarse variaciones en el porcentaje de aparición de trastornos de personalidad en cuadros de Estrés Postraumático, la frecuencia en la mayoría de estudios es alta. Dunn (10) encuentra una frecuencia del 45 %, Southwick (31) encuentra un 76 % y Bollinger (4) un 79 %.

La presencia de uno o más diagnósticos de personalidad en comorbilidad con un EPT, no sería un tema menor, teniendo en cuenta que hay estudios que indican una mayor dificultad y más tórpida evolución terapéutica en este tipo de pacientes (8, 28, 31).

Se ha investigado también, la relación entre la presencia de antecedentes traumáticos en la historia del paciente y la predisposición al desarrollo de EPT (21). Se entienden como antecedentes: dificultades en lo referente a lo socio-económico, traumas previos donde la vida del sujeto o de sus familiares estuvo en riesgo, muerte de familiares cercanos a corta edad del paciente, episodios de violencia o abuso físico, etc. Estos razonamientos van de la mano del modelo de EPT que plantea que la vulnerabilidad personal y los factores ambientales predisponen al desarrollo del trauma y a la intensidad que reviste el mismo una vez surgido. Por ende, los antecedentes no sólo operan como tierra fértil para la gestación del trauma sino que lo intensifican una vez aparecido.

Bobes García (3), plantea, en su libro, el concepto de la vulnerabilidad desde las nociones de "causa principal y concausas". Para el autor, la causa principal es, en el caso del trastorno, el acontecimiento traumático, mientras las concausas son las vulnerabilidades a padecer el trastorno. Las concausas se diferencian de la causa principal en que cada una por sí misma, no puede desencadenar el trastorno; éste sólo surge cuando aparece la causa principal. En este sentido y en relación a lo planteado, pueden considerarse concausas las situaciones traumáticas previas, enfermedades mentales preexistentes, etc. Luego agrega que en la práctica clínica es relativamente frecuente encontrar individuos que han sufrido un acontecimiento traumático y continúan manteniendo un grado aceptable de funcionamiento. Algunos expertos consideran (30) que la sintomatología del trastorno por estrés postraumático forma parte de la respuesta normal en una experiencia de una situación catastrófica, aunque la mayoría de las personas que lo sufren mejoran en poco tiempo, y sólo se considera que lo padecen realmente aquellos que evolucionan a la cronicidad. En la mayoría de los casos crónicos se obser-

va también la existencia de trastornos psiquiátricos preexistentes, lo que hace sospechar que influyen de manera decisiva en la aparición del trastorno.

Zimmerman (34) y colaboradores relacionan de cierta forma el EPT, los antecedentes del sujeto y el trastorno borderline de la personalidad, ya que plantean que la relación entre el estrés y el Trastorno Borderline de la personalidad debe ser entendida dentro del marco de la estructura social donde el estresor surge. Dichas condiciones y las estrategias de afrontamiento del sujeto disponibles para lidiar con ellas son gestadas en el contexto socio-histórico de la vida de cada persona. El trastorno borderline de la personalidad, por ejemplo, ha demostrado estar asociado a un menor índice de casamiento, a un mayor número de ruptura de parejas (22), una corta duración de las amistades, ausencia de parejas confidentes y contenedoras y menores actividades sociales (2). Proponen, entonces, un modelo evolutivo donde los trastornos de personalidad se manifiestan como resultado de experiencias prolongadas de diversos abusos infantiles que generan una vulnerabilidad particular al desarrollo de síntomas de EPT frente a estresores posteriores de la vida adulta. A su vez, plantean que el desarrollo de una personalidad borderline expuesta a situaciones de abuso podría desarrollar una vulnerabilidad a sintomatología crónica de EPT en comorbilidad con el diagnóstico de eje II (18).

Retomando el concepto de intensidad y trauma, ciertos estudios plantean que la intensidad de los síntomas del EPT no solo estaría influida por la predisposición o vulnerabilidad sino también por la severidad del trauma sufrido por el sujeto. Esto es: a mayor severidad traumática, mayor intensidad sintomatológica. En relación a este punto, hay autores que disienten y expresan que la intensidad del estresor no tiene una relación lineal con el tipo, severidad y persistencia de los síntomas de EPT (13).

Método utilizado

a) Participantes: los participantes (50 en total) de la presente investigación descriptiva son pacientes del Centro de Estrés Postraumático de Buenos Aires. Se trata de personas que, como señalamos anteriormente, han sufrido accidentes encontrándose en sus puestos de trabajo o accidentes *in itinere*.

Se trabajó con pacientes con diagnóstico de eje I de EPT, ya que se excluyeron los pacientes con traumatismo encéfalo craneano con o sin pérdida de conciencia y los pacientes con diagnóstico de psicosis. Los pacientes fueron seleccionados al azar en el período que comprende las admisiones al servicio durante los meses de marzo a agosto del presente año (2006).

La media de edad de la población estudiada es de 35 años, con un desvío estándar de 10,3 años. El 40 % de los participantes son de sexo femenino, y el 60 % de sexo masculino. Hecho que resulta interesante ya que la mayoría de los estudios de EPT fueron hechos con veteranos de guerra (15), por lo cual las poblaciones utilizadas son casi en su totalidad masculinas; o

por el contrario contamos con los estudios de Edna Foa (5), quien trabaja con poblaciones solamente femeninas al centrarse en pacientes que han sufrido traumas por violación (14).

Respecto del nivel de escolaridad de los entrevistados, el 35 % de la muestra tienen secundario completo, el 33 % secundario incompleto, el 12 % universitario incompleto, el 8 % terciario incompleto, el 6 % primario completo, el 2 % primario incompleto, mientras que ningún paciente carece de escolaridad o tiene estudios universitarios completos. Por otra parte, un 25 % han repetido grados o años durante su escolaridad. La media de escolaridad en años es de 12 años y el desvío es de 3,2 años.

Al analizar el estado civil de los pacientes se observa que el 44 % de los pacientes se encuentran casados o en pareja, el 38 % son solteros, el 16 % separados, y el 2 % viudos. En este análisis, fue necesario contemplar una subdivisión, considerando en cada caso, la ausencia o presencia de hijos. De este modo, se observó que un 38 % de la población son casados y tienen hijos, cuando el 6 % restante, no tiene hijos; un 26 % de la población, son solteros y no tienen hijos, mientras que el 12 % son solteros con hijos; el 14 % de la población son separados con hijos, el 2 % son separados sin hijos y el 2 % son viudos con hijos.

La población estudiada es muy variada en cuanto a las ocupaciones y empleos. Por este motivo se han agrupado algunas actividades laborales. El 32 % de la muestra son empleados (grupo en el cual hemos incluido a todas las personas que trabajan en ambientes cerrados, en relación con el público, realizando tareas de venta, promoción, atención al público, etc.); el 12 % de los participantes son empleados de seguridad; el 10 % son operarios en fábricas; el 8 % son empleados ferroviarios (donde se agruparon guardas o motorman); el 6 % son choferes (de ómnibus o colectivos de media o larga distancia); otro 6 % son administrativos; empleados de limpieza 10 % (donde se agruparon empleados de limpieza y de mantenimiento); un 6 % son carteros (donde se agruparon carteros y empleados que trabajan en la vía pública); el 6 % son cajeras; y un 4 % son profesionales (estudios terciarios).

Instrumentos de Medición:

1-Entrevista Semiestructurada Inicial: consistió en una entrevista con orientación diagnóstica donde se indagaron los siguientes puntos:

a) Datos básicos: se indagó en relación a los datos básicos la escolaridad, el estado civil, la cantidad de hijos, el grupo con quien convive, la edad, la ocupación y permanencia en el cargo, la fecha del siniestro y la nacionalidad.

b) Gravedad del siniestro o trauma: éstos fueron clasificados en leves, moderados y severos. Dentro de los leves se encontraban por ejemplo los accidentes automovilísticos sin pérdida de conocimiento y sin lesiones crónicas; los robos con violencia verbal y no física, etc. Dentro de los moderados se encontraban los robos con

violencia física; los accidentes automovilísticos con muerte de algún participante no cercano; los accidentes con consecuencias físicas crónicas o fracturas múltiples; los episodios de abuso sexual sin penetración; las amputaciones leves, etc. Por último, dentro de los severos se encontraban las violaciones; los accidentes automovilísticos con muerte de algún familiar o conocido, con internación en terapia intensiva, etc.

c) *Antecedentes previos al trauma/vulnerabilidad personal*: para la evaluación de los antecedentes se tomaron en cuenta los trabajos de Breslau (5, 6, 7) y Davidson (9). Se dividieron los mismos en: 1) factores de riesgo ambientales (traumas previos); 2) factores de riesgo personales (enfermedades crónicas o migraciones); 3) factores de riesgo interpersonales o familiares (historia previa de estrés crónico a temprana edad por abandono o muerte de familiares de primer grado, por violencia física, por abuso sexual o por historias de enfermedades psiquiátricas en parientes de primer grado); 4) factores de riesgo demográficos (nivel educativo bajo, nivel de salario bajo, divorcio o viudez); y 5) factores de riesgo relacionados con trastornos psiquiátricos previos (historia de trastorno de ansiedad, afectivos o de abuso de drogas, tratamientos psiquiátricos o psicológicos previos).

Escala para evaluar presencia y severidad de Estrés Postraumático de Edna Foa PDS (11, 26):

La escala de Edna Foa consiste en cuatro partes: la primera tiene como objetivo determinar la totalidad de traumas sufridos por la persona, la segunda apunta a detectar el trauma de mayor relevancia o el que es motivo de consulta, la tercera registra los síntomas (reexperimentaciones, activaciones, evitaciones y disociaciones) y les otorga un puntaje (de 1 a 3) de intensidad en relación a la frecuencia de los mismos, concluyéndose de este apartado una intensidad de los síntomas leve, moderada, moderada/severa y severa; y por último, la parte cuatro mide el deterioro que ha sufrido el paciente en relación a diferentes áreas de su vida (sexual, laboral, recreación y tiempo libre, etc.).

La escala está hecha en base a los criterios diagnósticos del DSM IV y ha demostrado ser válida y confiable (1).

Cuestionario de personalidad SCID-II

Consiste en una Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la personalidad del Eje II del manual de psiquiatría DSM IV (1). Es una entrevista diagnóstica para la evaluación de 10 trastornos de la personalidad, así como del trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (incluidos en el Apéndice B del DSM IV). La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos del eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como "3" o presente). Para cada

módulo o desorden de personalidad se requiere de una cantidad de respuestas "3" para concluir la presencia del trastorno en cuestión.

Consiste en 119 ítems o criterios que han sido organizados en módulos, donde cada módulo corresponde a un trastorno de personalidad diferente. Los ítems se puntúan como: 1 o ausente, 2 o subumbral y 3 presente o umbral.

Puede utilizarse tanto en el marco de la investigación como de la práctica clínica.

Es importante aclarar que la escala diferencia los comportamientos limitados temporalmente (episodios o patología de eje I) del funcionamiento propio de la personalidad a largo plazo, evitando, de esta forma, confundir lo sincrónico (eje I) con el funcionamiento diacrónico del sujeto a evaluar (eje II). El enunciado de las preguntas diferencia explícitamente el funcionamiento actual del habitual en caso de que el sujeto presente sintomatología de eje I.

Procedimiento: Los sujetos de la investigación descriptiva participaron de dos entrevistas a cargo de psicólogas del área psicodiagnóstica entrenadas durante seis meses a tales fines. La primera entrevista semiestructurada inicial fue dirigida por la jefa del área y una psicóloga que luego continuaría con el rateo al día siguiente administrando las técnicas arriba mencionadas.

Los fines de la primera entrevista fueron diagnósticos, relevamiento de datos específicos y exclusión de pacientes que no se ajustaban a los criterios de selección.

Resultados

Entrevista Semiestructurada: del análisis de los siniestros o los traumas se observa que un 26 % de los pacientes presenta un trauma leve, un 48 % presenta un trauma moderado y un 26 % un trauma severo. Lo que nos habla de una población con serios traumas.

A su vez, un 90 % de la muestra presentó antecedentes o factores de vulnerabilidad. De ese 90 %, un 48 % presentó un antecedente, un 22 % presentó dos antecedentes y un 20 % presentó tres o más antecedentes. Es entonces una población con alta vulnerabilidad o antecedentes previos al trauma.

PDS: La totalidad de los pacientes de la muestra presentaron un Estrés Postraumático (EPT), ya que éste fue el criterio de inclusión. La intensidad de los síntomas de EPT que se puntúa en el apartado tres de la escala, arroja que el 50 % de la muestra ha obtenido puntuación correspondiente a severidad moderada, el 46 % de la población obtuvo un puntaje que los ubica en el nivel de severidad moderada a severa, y el 4 % restante corresponde a un nivel de severidad leve. Por otra parte, ningún participante obtuvo puntuación en la escala de Edna Foa que corresponda a un nivel severo de intensidad de síntomas de EPT.

Al relacionar la severidad de los síntomas (puntuación que arroja la escala de Edna Foa en su apartado tres), con la severidad del siniestro (incluidos en la entrevista inicial donde se los pondera), se observó lo siguiente:

De los 13 casos de pacientes con siniestro severo, un 61,5 % tienen síntomas de moderados a severos en la PDS y un 38,5 % tienen síntomas moderados. De los 24 casos de pacientes con siniestro/trauma moderado, se observa que un 58,4 % posee síntomas en la escala de Edna Foa moderados y un 41,6 % tienen síntomas de moderados a severos. Por último de los 13 casos de pacientes con siniestro/trauma leve, se observa que un 15,5 % de los casos obtiene sintomatología de intensidad leve en el apartado tres de la escala PDS de Edna Foa, un 38,4 % de los casos obtiene sintomatología moderada y un 46,1 % de los casos obtiene una sintomatología de moderada a severo.

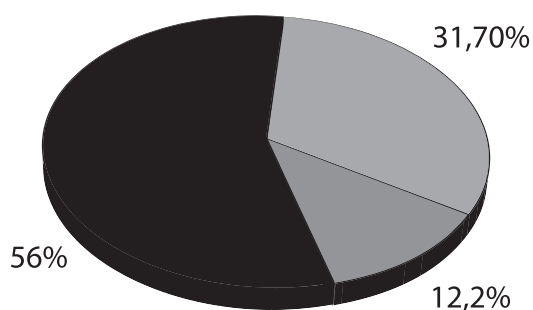
A su vez, al relacionar la severidad de los síntomas de la escala de Edna Foa con los antecedentes perso-

nales y traumáticos, se observa que los pacientes que presentan tres o más antecedentes previos al trauma, puntúan un 70 % como padeciendo una severidad de moderado o severo, un 20 % para una severidad moderada y un 10 % para una severidad sintomatológica leve. Lo que indica que en esta muestra, a mayor cantidad de antecedentes previos al trauma, mayor sintomatología de EPT.

SCID-II: del análisis del Cuestionario de Personalidad se concluye que un 82 % de los pacientes de la muestra padecen al menos un trastorno de personalidad.

A su vez de ese 82 % (41 pacientes), un 31,7 % de los mismos padece un trastorno, un 12,2 % padece dos, y un 56,1 % padece tres o más (ver Figura 1)

Distribución del Eje II en la muestra

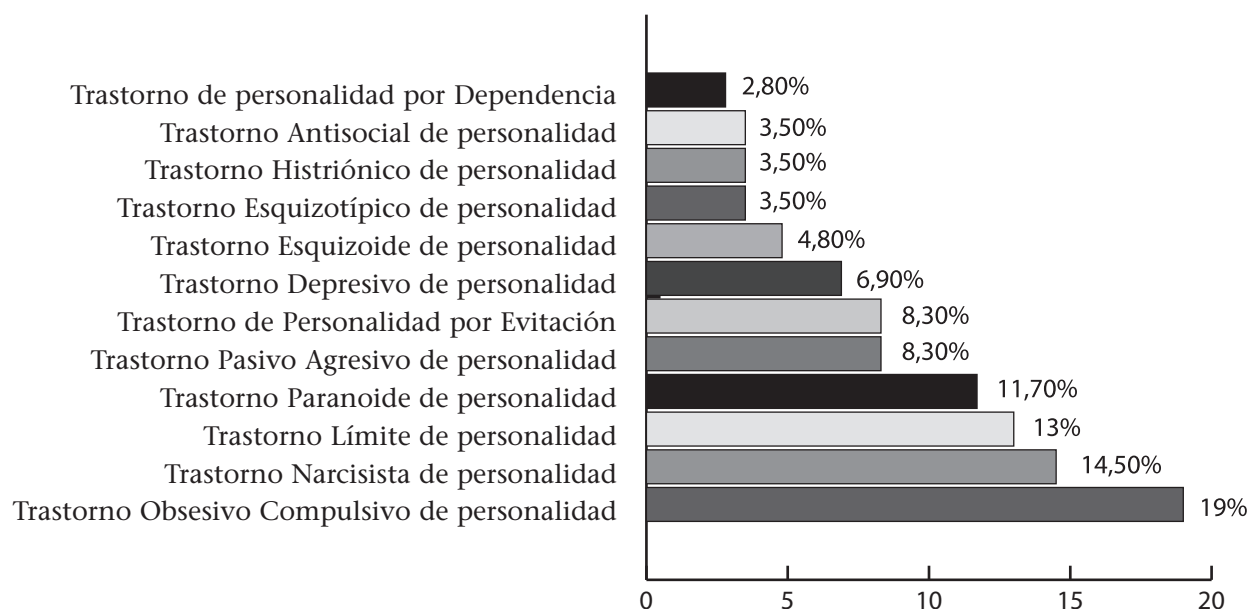


- 1 Trastorno de personalidad
- 2 Trastornos de personalidad
- 3 o más trastornos de personalidad

Dentro de los trastornos de la personalidad: un 19 % puntúa para trastorno obsesivo compulsivo, un 14,5 % puntúa para trastorno narcisista, un 13 % puntúa para trastorno límite, un 11,7 % puntúa para trastorno paranoide, un 8,3 % puntúa para trastorno pasivo-agresivo y por evitación, un 6,9 % puntúa para trastorno depresivo, un 4,8 % puntúa para trastorno esquizoide, un 3,5 % puntúa para trastorno esquizotípico, histriónico y antisocial, y un 2,8 % puntúa para trastorno por dependencia (ver Figura 2).

De la comparación de los trastornos de personalidad y los antecedentes previos al siniestro, se observa que los pacientes con mayor cantidad de antecedentes (tres o más trastornos) puntúan en un 16,6 % para trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite; un 12,5 % para trastorno narcisista, evitativo y paranoide; un 8,3 % para trastorno esquizoide; y un 4,2 % para trastorno esquizotípico, dependiente, pasivo-agresivo, antisocial e histriónico.

Distribución de los Trastornos de Personalidad



Discusión

Se trata de una población de pacientes que han padecido traumas en su mayoría moderados y severos (74 %) y con un alto índice de antecedentes traumáticos. A su vez, un alto porcentaje de la muestra ha tenido más de un trauma en su historia (42 % de la muestra).

La alta tasa de antecedentes va de la mano de la alta tasa de trastornos de personalidad (82 %). La muestra padece en su mayoría más de un trastorno de personalidad (68,3 %) siendo los trastornos obsesivo compulsivo (19 %), narcisista (14,5 %) y límite (13 %) los que más frecuentemente se observan y los que más alta tasa de antecedentes presentan.

Nuestra muestra encuentra más alto porcentaje de trastornos de personalidad (82 %) que la investigación de Bollinger (79,4 %) (4), Dunn (45 %) (10) y Southwick (76 %) (31). A su vez, coincidiendo con los datos de Bollinger (4) y Francis (12), se observa la alta prevalencia de trastornos obsesivos compulsivos dentro de los pacientes con diagnóstico de EPT.

La tasa de trastornos de personalidad es realmente alta en nuestro estudio, en comparación con los estudios de Maier (24), Merikangas (19), Oldham (25), Reich (27) y Weissman (33) que concluyen que los trastornos de personalidad se presentan sólo en un 10-13 % de la población general.

En relación a la especificidad de los trastornos de personalidad hallados más predominantemente, se ha hipotetizado que la preponderancia del trastorno bor-

derline de la personalidad y el EPT se relaciona con la búsqueda de sensaciones que lleva a los pacientes al encuentro de eventos traumáticos y a la dificultad en el control de impulsos (23). Si bien como se expresó anteriormente son múltiples los estudios que relacionan el EPT con el trastorno borderline de la personalidad; no sucede lo mismo con los otros dos trastornos más predominantes de nuestra muestra (trastorno obsesivo compulsivo y trastorno narcisista de la personalidad).

En relación al trastorno de personalidad obsesivo compulsivo y el EPT, se ha estudiado esta conexión en los veteranos de Vietnam pero no en la población general (4). Nuestra hipótesis es que los pacientes con rasgos obsesivos de necesidad de control, de búsqueda de garantías, perseveración en un mismo plan de acción, dificultad en el cambio de foco de atención y rigidez, tienen mayores dificultades a la hora de incorporar un trauma y flexibilizar su marco de referencia para asimilar el siniestro. El trauma es justamente ello que no se puede controlar, que exige estrategias de afrontamiento flexibles y una capacidad de cambio de foco de atención para seguir adelante con la vida.

A su vez, en relación al trastorno narcisista de la personalidad, se ve esta configuración en nuestra muestra en pacientes con una atribución netamente externa de lo sucedido y con rasgos querellantes ("no es mi culpa sino de la empresa y de mi compañero", "soy muy valioso y no me supieron proteger" o "yo soy sólo una víctima en esto, los poderosos tienen la

culpa"). El tipo de atribución frente al trauma (externa, interna, catastrófica o funcional) como fuente de vulnerabilidad está estudiado por diferentes autores, entre ellos Gray (16).

La magnitud de los siniestros que se observan en nuestra población es en su mayoría de moderados a severos (74 %). Al relacionar los siniestros de mayor magnitud (moderada o severa) con la intensidad de los síntomas de EPT, se observó que no hay mayor relación entre el trauma y la sintomatología de EPT. No existiría entonces una relación lineal que indique que a mayor severidad del suceso, mayor intensidad sintomática (13). Por ende, parecería que la conexión de la intensidad sintomatológica pasaría por otros carriles como ser el eje II o los antecedentes previos.

Conclusión

Se observa en nuestra muestra la presencia de siniestros serios, con sintomatología postraumática de moderada a severa. A su vez se detectan múltiples trastornos de personalidad, con predominancia de trastorno obsesivo compulsivo, el narcisista y el borderline.

Hipotetizamos que la alta tasa de trastornos obsesivo compulsivo podría tener que ver con que nos

topamos con una muestra que trabaja con una media de 12 años de educación; por ende, sujetos que necesariamente poseen al menos rasgos de control, perfeccionismo y meticulosidad para el desempeño de una función laboral y para el estudio, a diferencia de las poblaciones de veteranos de guerra, generalmente desempleados y con comorbilidad de otras patologías del Eje I.

Sería importante profundizar en futuras investigaciones el rol de la atribución externa y la querella en la evolución de los cuadros de EPT con comorbilidad de rasgos narcisistas de personalidad.

Para finalizar, los resultados indican un alto índice de trastornos de personalidad y de preexistencia (antecedentes previos al trauma) en pacientes con EPT; esto reviste intereses clínicos (pronóstico y tratamiento del cuadro) y médico-legales (concausa versus causa principal, personalidad premórbida o pertinencia de la prescripción desde la perspectiva de las ART) que generan una necesidad de datos con población de nuestro país.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Roberto Gueudet su constante apoyo e incentivo en tareas intelectuales ■



SIRR
Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas
actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272

Pág web: www.sirrsa.com.ar

Email info@sirrsa.com.ar

Referencias Bibliográficas

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (4th Ed.). Washington DC, APA, 1994.
- 2- Berstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Sieven LS, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry* 1993; 150, 1237-1243.
- 3- Bobes García J, Bousoño García M, Calcedo Barba A, González García Portilla MP. Trastorno de Estrés Postraumático. Ed Masson, 2000.
- 4- Bollinger A, Riggs D, Blake D, Ruzek J. Prevalence of Personality Disorders Among Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 2000; 13 (2): 255-259.
- 5- Breslau N, Davis G, Andreski P. Post-traumatic stress disorder : the etiologic specificity of wartime stressors. *Am J Psychiatry* 1987; 144, 578-583.
- 6- Breslau N, Davis G, Andreski P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48, 130-146.
- 7- Breslau N, Davis G, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *Am J Psychiatry* 1995; 152, 529-535.
- 8- Cris-Critoph P. Psychological treatments for personality disorders. En: Nathan P, Gorman J (editores). A guide to treatments that (pp. 544-553). New York: Oxford University Press; 1998.
- 9- Davidson J, Book S, Colket J, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psych Med* 1997; 27, 153-160.
- 10- Dunn N, Yanasak E, Schillaci J, Simotas S, Rehm L, Soucek J, Terri M, Ashton C, Hamilton J. Personality Disorders in Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Depression. *J Trauma Stress* 2004; 17 (1): 75-82.
- 11- Foa E. PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) Manual. Minneapolis, Computer Syst, 1995.
- 12- Francis A, Widigen TA. A critical Review of DSM III personality Disorders and PTSD. En: Tischler GL (editor). Diagnosis and Classification in Psychiatry. A clinical appraisal of DSM III. New York: Cambridge University Press; 1987 pp 269-289.
- 13- Figueroa E, Silo KR. Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1997; 11, 71-91.
- 14- Foa E. Treatment of post-traumatic stress disorders in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 715-23.
- 15- Fontana A, Rosenheck R. A causal model of the etiology of war-relates PTSD. *J Trauma Stress* 1993; 6: 475-500.
- 16- Gray M, Lombardo T. Life Events Attributions as a Potential source of vulnerability following exposure to a traumatic event. *J Loss Trauma* 2003; 9: 59-72.
- 17- Gridley MC. Psychopathic vs. nonpsychopathic thrills seeking. *Psychology: A Journal of Human Behavior* 1990; 27, 18-20.
- 18- Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between Borderline Personality Disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993; 150, 19-27.
- 19- Merikangas K, Weissman M. Epidemiology of DSM III Axis II personality disorders. En: France A, Hales R (editores). Psychiatry update. Washington DC: American Psychiatric Press; 1986 pp 258-278.
- 20- Heltzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post Traumatic Stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchments area survey. *N Eng J Med* 1987; 317, 1630-1634.
- 21- Kulka RA, Schelenger WE, Fairbank JA, Weiss DS. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the national Vietnam veterans readjustment study. New York, Brunner/Mazel, 1990.
- 22- LaBonte E, Paris J. Life events in Borderline Personality Disorders. *Can J Psychiatry* 1993; 38, 638-640.
- 23- Lauterbach D, Vrana S. The Relationship among Personality Variables, Exposure to Traumatic Events, and Severity of Posttraumatic Stress Symptoms. *J Trauma Stress* 2001; 14 (1).
- 24- Maier W, Lichtermann D. Prevalence's of personality disorders (DSM III-R) in the community. *J Personal Disord* 1992; 6, 187-196.
- 25- Oldham JM. Personality disorders: current perspective. *J Am Med Assoc* 1994; 272, 1770-1776.
- 26- Orsillo SM, Weathers FW, Litz B, Keane TM. Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184, 307-313.
- 27- Reich J, Yates W, Nduaguba M. Prevalence of DSM III personality disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24, 12-16.
- 28- Reich J. Personality Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. En: Wolf ME, Mosnaim AD (editors). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990 pp 65-79.
- 29- Rozell DK, McFall E, Malas KL. Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42, 293-296.
- 30- Simon RI. Posttraumatic Stress Disorder. En: Simon RI. Litigation. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995 pp 31-84.
- 31- Southwick S, Yehuda R, Giller E. Personality disorders in treatment seeking combat veterans posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150, 1020-1023.
- 32- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Users guide for the Structures Clinical Interview for DSM II-R. Washington DC, American Psychiatric Press, 1990.
- 33- Weissman M. The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *J Personal Disord* 1993; 7, 44-62.
- 34- Zimmerman M. Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51, 225-245.

Influencia del factor sexual en la farmacoterapia con opioides

Silvina Laura, Díaz

Doctora de la Universidad de Buenos Aires. Veterinaria. Técnica para Bioterio
Instituto de Investigaciones Farmacológicas (ININFA, CONICET-UBA)
silvinalauradiaz@yahoo.com.ar

Historia acerca de los opioides

El opio (del griego *opium*, jugo) es el extracto que se obtiene de las cápsulas de la amapola o *Papaver somniferum*. El uso del opio para el tratamiento de dolores de gran intensidad data de la época de Hipócrates, en el siglo III a. C. En el año 1806, Setürner aisló una sustancia pura a partir del opio a la que denominó *morphium* (morfina) en honor a Morfeo, dios griego del sueño, por su característica de producir sopor a altas dosis. La capacidad de los opiáceos de provocar dependencia, llevó a la búsqueda de analgésicos eficaces libres del potencial adictivo. A mediados del siglo XX comenzaron a desarrollarse agentes antagonistas como la naloxona y otros compuestos con acciones mixtas agonistas/antagonistas, como el butorfanol, o acciones agonistas parciales como la buprenorfina (para una revisión, ver 24).

Péptidos opioides endógenos y receptores opioides

Clásicamente, se conocen tres familias de péptidos opioides endógenos que comparten la secuencia amino terminal: Tyr-Gly-Gly-Phe-Met o Leu a la que se denomina "motivo opioide". Estas familias son las encefalinas, las endorfinas y las dinorfinas. En 1995, se clonó un nuevo péptido opioide endógeno, denominado orfina FQ o nociceptina (32, 35).

Con respecto a los receptores opioides, se han definido tres categorías principales presentes en el SNC denominadas: μ , por "morfina"; κ , por "ketociclazoci-

na", droga con la que se lo descubrió y δ , por "vas deferens", órgano donde se lo identificó por primera vez. Además se identificaron tentativamente dos o tres subtipos dentro de cada categoría.

La activación de los receptores μ desencadena diferentes respuestas, siendo la principal desde el punto de vista terapéutico/clínico la analgesia. Otros efectos incluyen depresión respiratoria, miosis, reducción de la motilidad intestinal e indiferencia hacia los estímulos ambientales así como una sensación de bienestar general (euforia). La activación de los receptores μ produce analgesia espinal, miosis, depresión respiratoria (menos intensa que los agonistas μ) y efectos disfóricos (desorientación y/o despersonalización). Por último, la activación de los receptores μ produce analgesia en sitios supraespinales, además de midriasis, activación respiratoria y delirio.

Los receptores opioides están acoplados a proteínas G de tipo inhibitorias y su modo de acción consiste en inhibir la actividad bioeléctrica de la neurona blanco reduciendo, en consecuencia, la capacidad de liberar el neurotransmisor endógeno (39).

A mediados de los '90 se clonó un receptor distinto de los otros tres ("huérfano") aunque con el 50-60% de homología. Éste también está asociado a proteínas G_i , pero no se lo considera un receptor opioide clásico ya que no liga al antagonista naloxona. Este receptor ha sido denominado ORL₁ por *opiod receptor-like protein* o proteína semejante a un receptor opioide (ver revisión en 21, 24).

Resumen

Las drogas opioides constituyen un grupo farmacológico que se utiliza desde la antigüedad para el tratamiento de dolencias muy diversas. Su principal y más difundido empleo es como paliativo de dolores de gran intensidad, sean éstos agudos o crónicos y esto es así debido a la gran eficacia analgésica de los opioides. Desde hace ya varios años, se han publicado numerosos artículos en los que se indica que a nivel experimental, existen diferencias sexuales en la respuesta de los animales de laboratorio a diversos opioides. La información mencionada se condice con el conocimiento respecto a que el sexo influye en la estructura y las funciones del sistema nervioso central. Este dimorfismo sexual también empieza a ser evidente en la clínica de seres humanos sometidos a tratamientos con opioides. La relevancia de estos datos podría llevar a una revisión de las dosis y/o posologías que tradicionalmente emplean los médicos indistintamente en uno y otro sexo. La presente revisión pretende abarcar estos aspectos y plantear los puntos de discusión que a futuro podrían formar parte de un debate en la terapéutica con opioides.

Palabras clave: Dimorfismo Sexual - Opioides - Analgesia - Dolor.

SEX INFLUENCES ON OPIOID PHARMACOTHERAPY

Summary

Opioids make up a pharmacological group employed from antiquity for the treatment of various ailments. Nowadays they are far used like palliative of acute or chronic pains of high intensity considering their great analgesic effectiveness. During the last years, many articles have reported sex-related differences in the response of laboratory animals to several opioids. These data is according to the knowledge about sex determining both brain structure and functions. In addition, this sexual dimorphism has been recently reported for women and men treated with opioids. The relevance of this information could give rise to a revision of the dosage traditionally employed by physicians in either sex. The present article covers the main aspects of this subject considering its significance in the pharmacotherapy with opioids.

Key words: Sexual Dimorphism - Opioids - Analgesia - Pain.

Base hormonal de las diferencias entre sexos

El término sexo define a los machos y las hembras basándose en diferencias genéticas, hormonales, reproductivas y físicas (6). En los mamíferos, las conductas sexualmente dimórficas (diferente "forma" según el sexo en cuestión) son consideradas como el resultado final de influencias recíprocas entre la carga genética, el sexo gonadal, el sexo hormonal, los efectos de las hormonas sobre el SNC, las acciones tróficas de las hormonas, el aprendizaje y las influencias sociales y ambientales. Si bien estos aspectos del sexo suelen encontrarse apareados, hay situaciones naturales y/o experimentales en donde los mismos se disocian, facilitando la comprensión de las diferencias sexuales (28).

Los efectos de las hormonas gonadales pueden ser de dos tipos: las influencias a largo plazo llamadas efectos organizativos o permanentes y las influencias directas de estas hormonas esteroideas fluctuantes conocidas como efectos activacionales o transitorios. La distinción entre los efectos permanentes de las hormonas durante el desarrollo temprano y los efectos transitorios de los esteroides gonadales sobre el SNC maduro es conceptualmente importante. Si bien cada sexo tiene un balance particular de hormonas sexuales, la testosterona predomina en los machos y los estrógenos y progestágenos, en las hembras. Cualquier diferencia sexual en la función o estructura del SNC establecida por los efectos organizativos de las hormonas sexuales durante la etapa de diferenciación sexual, debería permanecer en los adultos luego de una gonadectomía o de la exposición a tratamientos hormonales. En contraposición, las diferencias sexuales debido a los efectos activacionales de distintos ambientes hormonales y no relacionadas con la diferenciación sexual del SNC *per se*, deberían desaparecer luego de la gonadectomía o por tratamientos con hormonas sexuales (ver revisión en 25).

Teniendo en cuenta los cambios hormonales que ocurren a lo largo del ciclo menstrual (ciclo estral en los animales), puede ocurrir que las respuestas difieran entre machos y hembras sólo durante un determinado periodo del mismo. A raíz de esto, la falta de diferencias entre sexos en un resultado puntual no es suficiente para negar la importancia de las acciones de los esteroides sexuales sobre esa respuesta, pero puede sugerir que la misma está limitada a un momento definido del ciclo sexual.

Dimorfismo sexual en las respuestas a opiodes

En los últimos 15 años, se ha puesto de manifiesto la influencia del factor sexual sobre los efectos y propiedades farmacológicas de distintos agonistas opiodes. Si bien el efecto analgésico es el más relevante a nivel terapéutico, las diferencias sexuales en animales de laboratorio han sido confirmadas en aspectos tan diversos como tolerancia a la analgesia (5, 15), expresión del síndrome de abstinencia (15, 20), termorregulación (30), actividad locomotora (37), propiedades reforzadoras (9), autoadministración (8) y consumo de alimento inducido por morfina (4).

Profundizando en lo que respecta al efecto analgésico, los estudios realizados en animales de experimentación refieren en general una mayor sensibilidad de los

machos a la analgesia inducida por opiodes como morfina (10, 13, 15, 29, 33), butorfanol y nalbufina (13, 14), el agonista μ U69593 (14) y los agonistas δ deltorfina y DPDPE (3). Sin embargo, en estudios posteriores, se evaluó la influencia del sexo en el desarrollo de tolerancia al efecto analgésico y se obtuvieron resultados contradictorios: mientras que algunos autores concluyeron que luego del tratamiento crónico con morfina, la respuesta analgésica era similar en ratas machos y hembras (2, 15, 26), otros autores hallaron nuevamente diferencias entre sexos (27, 31).

Aún cuando en estos estudios se obtienen resultados similares (o en una misma dirección), las condiciones experimentales de todos ellos varían en gran medida. Por ejemplo, el tipo de estímulo doloroso que se emplea puede ser térmico, mecánico, químico o eléctrico, evaluándose con cada uno, distintos tipos de respuestas. Además, en el caso de las hembras, son pocos los trabajos que discriminan en qué fase del ciclo estral se encuentran, por lo que, en cada una de ellas, los distintos perfiles hormonales estarían influyendo de manera diversa, aportando mucha variabilidad a los datos. Otras fuentes de dispersión en estos resultados apuntan tanto a factores inherentes a los sujetos experimentales (especie y cepa animal) como así también a variables propias de la metodología, por ejemplo, el tipo de agonista opioide que se emplea y la vía de administración de la droga.

Para analizar las posibles causas de las diferencias sexuales en el efecto antinociceptivo de la morfina, se analizó el papel que juegan los esteroides sexuales (12). En este trabajo se concluyó que si los esteroides están involucrados en el dimorfismo sexual, sus efectos debieron haber ocurrido durante el periodo crítico postnatal de diferenciación del SNC en machos y hembras. Es decir que el menor grado de analgesia inducida por morfina que manifiestan las hembras se debería esencialmente a los efectos organizativos o permanentes de las hormonas sexuales más que a sus efectos activacionales o a corto plazo. El estudio que acaba de mencionarse es uno de entre los muchos trabajos que analizan la influencia hormonal sobre la respuesta analgésica. En una revisión del tema (23) se presenta un resumen de varios artículos en los que se estudia este factor con resultados dispares. Sin embargo, los mismos sugieren en general, aunque no de forma unánime, que las condiciones hormonales caracterizadas por alto nivel de estrógenos, estén o no acompañadas por un nivel elevado de progesterona, están asociadas a incrementos en la respuesta a estímulos dolorosos y respuesta analgésica disminuida a la terapia con opiodes.

Un buen modelo animal para estudiar las diferencias sexuales independizándose de las variaciones cíclicas de las hormonas sexuales, se logra trabajando con animales prepúberes. Sternberg y cols. (36) trabajaron con ratones de un día y de una semana de edad, evaluando el efecto antinociceptivo de la morfina en ambos sexos. Los resultados demostraron una mayor respuesta analgésica a la morfina en los machos, indicando que las diferencias sexuales ya están presentes en la etapa neonatal. Este trabajo apoya el concepto ya esbozado de que, los efectos transitorios de las hormonas gonadales parecen no ser suficientes para explicar las diferencias sexuales en la respuesta al dolor y en la magnitud de la analgesia lograda con opiodes.

Bases biológicas de la influencia del factor sexual

Numerosos mecanismos, ya sea actuando por sí solos o en combinación, han sido propuestos como responsables implicados en la sensibilidad diferencial a los opioides entre machos y hembras. En estudios tendientes a analizar la variable farmacocinética, se han obtenido resultados que indicarían que éste no es un factor determinante para la ocurrencia de las diferencias sexuales en discusión. Por ejemplo, no se hallaron diferencias entre sexos en concentraciones plasmáticas ni cerebrales de morfina en ratas que recibieron una única dosis (11). En este sentido, tampoco se encontraron diferencias entre sexos en los niveles plasmáticos de morfina luego de un tratamiento crónico con este opioide en ratones (datos preliminares de nuestro laboratorio).

En varios sistemas de neurotransmisión, diversas propiedades de los receptores pueden ser responsables del desarrollo de diferencias en la acción de las drogas. Este concepto podría ser válido para examinar las diferencias entre sexos con respecto del sistema opioide: una hipótesis razonable sería que se deban a diferencias en el número y/o afinidad de los receptores involucrados en mediar estos efectos (11). No obstante, se demostró que no existen diferencias entre sexos en la densidad ni en la afinidad de los receptores μ -opioides en cerebro total de ratones (5, 17), como así tampoco en áreas específicas del SNC vinculadas con el desarrollo de dependencia y la expresión del síndrome de abstinencia (18, 19).

Panorama actual del tema en medicina humana

Como quedó claro en párrafos previos, los primeros estudios en los que se puso en evidencia el dimorfismo sexual en la respuesta a opioides se llevaron a cabo en distintos modelos animales. Esta información de índole experimental dio origen a una serie de investigaciones a nivel clínico para dilucidar si la respuesta a los fármacos opioides también es diferente entre hombres y mujeres. Puntualmente, la mayor cantidad de información generada hasta el momento abarca el efecto analgésico de los opioides administrados en dosis única. Esta línea de investigación clínica despertó paralelamente, un interés respecto de si existen diferencias entre sexos en la sensibilidad al dolor. Un estudio en el que se evaluó el efecto del sexo sobre la percepción del dolor y la analgesia aportada por morfina en el periodo post-quirúrgico, brindó datos concluyentes al respecto: las mujeres experimentan dolor más intenso y necesitan aproximadamente un

30% más de morfina que los hombres para lograr un grado equivalente de analgesia (7). En otro trabajo similar en el que se evaluó la respuesta a los opioides frente al dolor real (no experimental) también se concluyó que las mujeres experimentan dolor post-quirúrgico más severo que los hombres y requieren alrededor de un 11% más de morfina en el periodo post-quirúrgico inmediato (1). Una revisión acerca de este tema, destaca el hecho de que en base a los artículos que existen al respecto, se podría decir, en principio, que los estímulos nocivos son percibidos como más dolorosos por las mujeres que por los hombres (38).

Recientemente se han llevado a cabo estudios con seres humanos en los que se evalúa la analgesia brindada por los fármacos opioides frente al dolor de tipo experimental. En uno de ellos (34), no se hallaron diferencias entre sexos en la respuesta analgésica tras la administración del opioide alfentanil. En este sentido, Fillingim y cols. (22) tampoco hallaron diferencias sexuales en la analgesia lograda por morfina en tres modelos diferentes de dolor experimental (por estímulo térmico, por presión y por isquemia). No obstante, en el mismo trabajo se remarca el hecho de que la morfina atenuó la reactividad cardiovascular ante el estímulo isquémico solamente en los hombres. A su vez, las mujeres reportaron mayor incidencia de efectos adversos (náuseas, emesis, mareos) en respuesta a la morfina que los hombres.

Conclusión

Sumando toda la información referida a la existencia de diferencias sexuales en respuesta a los opioides, se puede inferir la presencia de un mecanismo neurobiológico conservado tanto en roedores como en seres humanos (16). Este mecanismo podría justificarse pensando que, en la naturaleza, las hembras están sometidas a dolores más bien de tipo visceral (dolores menstruales, de parto, etc.) mientras que los machos están más expuestos a dolores de tipo somático en sus actividades salvajes (caza, lucha por supervivencia, etc.). Estas situaciones opuestas podrían tener cierta relevancia en la evolución de la sensibilidad al dolor y en la respuesta a las sustancias que lo alivian tales como los fármacos opioides. En conclusión, la evidencia brindada en esta revisión intenta aportar una nueva variable a tener en cuenta por los médicos cuando indican opioides a sus pacientes, de tal manera de emplear farmacoterapias más apropiadas y eficientes ■

Referencias Bibliográficas.

1. Aubrun F, Salvi N, Coriat P, Riou B. Sex- and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. *Anesthesiology* 2005; 103: 156-60.
2. Barrett AC, Cook CD, Turner JM, Craft RM, Picker MJ. Importance of sex and relative efficacy at the mu opioid receptor in the development of tolerance and cross-tolerance to the antinociceptive effects of opioids. *Psychopharmacology (Berl)* 2001; 158: 154-64.
3. Bartok RE, Craft RM. Sex differences in opioid antinociception. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 282: 769-78.
4. Bodnar RJ, Hadjimarkou MM, Krzanowska EK, Silva RM, Stein JA. Differential dose-dependent effects of central morphine treatment upon food intake in male and female rats receiving neonatal hormone manipulations. *Nutr Neurosci* 2003; 6: 53-7.
5. Candido J, Lufty K, Billings B, Sierra V, Duttaroy A, Inturrisi CE et al. Effect of adrenal and sex hormones on opioid analgesia and opioid receptor regulation. *Pharmacol Biochem Behav* 1992; 42: 685-92.
6. Carroll ME, Lynch WJ, Roth ME, Morgan AD, Cosgrove KP. Sex and estrogen influence drug abuse. *Trends Pharmacol Sci* 2004; 25: 273-9.
7. Cepeda MS, Carr DB. Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. *Anesth Analg* 2003; 97: 1464-8.
8. Cicero TJ, Aylward SC, Meyer ER. Gender differences in the intravenous self-administration of mu opiate agonists. *Pharmacol Biochem Behav* 2003; 74: 541-9.
9. Cicero TJ, Ennis T, Ogden J, Meyer ER. Gender differences in the reinforcing properties of morphine. *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 65: 91-6.
10. Cicero TJ, Nock B, Meyer ER. Gender-related differences in the antinociceptive properties of morphine. *J Pharmacol Exp Ther* 1996; 279: 767-73.
11. Cicero TJ, Nock B, Meyer ER. Sex-related differences in morphine's antinociceptive activity: Relationship to serum and brain morphine concentration. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 282: 939-44.
12. Cicero TJ, Nock B, O'Connor L, Meyer ER. Role of steroids in sex differences in morphine-induced analgesia: Activational and organizational effects. *J Pharmacol Exp Ther* 2002; 300: 695-701.
13. Cook CD, Barrett AC, Roach EL, Bowman JR, Picker MJ. Sex-related differences in the antinociceptive effects of opioids: importance of rat genotype, nociceptive stimulus intensity, and efficacy at the μ -opioid receptor. *Psychopharmacology* 2000; 150: 430-42.
14. Craft RM, Bernal SA. Sex differences in opioid antinociception: kappa and 'mixed action' agonists. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 215-28.
15. Craft RM, Stratmann JA, Bartok RE, Walpole TJ, King SJ. Sex differences in development of morphine tolerance and dependence in rat. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 143: 1-7.
16. Craft RM. Sex differences in opioid analgesia: "From mouse to man". *Clin J Pain* 2003; 19: 175-86.
17. Diaz S, Kemmling A, Bonavita C, Balerio G. Analysis of brain μ -opioid receptor binding during morphine dependence and withdrawal in mice. *Biocell* 2001a; 25: 330.
18. Diaz SL, Barros VG, Antonelli MC, Rubio MC, Balerio GN. Morphine withdrawal syndrome and its prevention with baclofen: Autoradiographic study of μ -opioid receptors in prepubertal male and female mice. *Synapse* 2006; 60: 132-40.
19. Diaz SL, Kemmling AK, Bonavita CD, Rubio MC, Balerio GN. Baclofen reestablishes μ -opioid receptor levels modified by morphine withdrawal syndrome in either sex. *Synapse* 2004; 54: 24-9.
20. Diaz SL, Kemmling AK, Rubio MC, Balerio GN. Lack of sex-related differences in the prevention by baclofen of the morphine withdrawal syndrome in mice. *Behav Pharmacol* 2001b; 12: 75-9.
21. Evans CJ. Secrets of the opium poppy revealed. *Neuropharmacol* 2004; 47: 293-9.
22. Fillingim RB, Ness TJ, Glover TL, Campbell CM, Hastie BA, Price DD et al. Morphine responses and experimental pain: sex differences in side effects and cardiovascular responses but not analgesia. *J Pain* 2005; 6: 116-24.
23. Fillingim RB, Ness TJ. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24: 485-501.
24. Gerrits MAFM, Lesscher HBM, van Ree JM. Drug dependence and the endogenous opioid system.
25. Gorski RA. Sexual differentiation of the nervous system. En: Kandel ER, Schwartz, Jessell TM, editors. Principles of neural sciences. 4^a ed. EEUU: Mc Graw-Hill; 2000. p. 1131-48.
26. Holtman JR, Sloan JW, Wala EP. Morphine tolerance in male and female rats. *Pharmacol Biochem Behav* 2004; 77: 517-23.
27. Hopkins E, Rossi G, Kest B. Sex differences in systemic morphine analgesic tolerance following intrathecal morphine injections. *Brain Res* 2004; 1014: 244-6.
28. Kelly SJ, Ostrowski NL, Wilson MA. Gender differences in brain and behavior: hormonal and neural bases. *Pharmacol Biochem Behav* 1999; 64: 655-64.
29. Kepler KL, Kest B, Kiehl JM, Cooper ML, Bodnar RJ. Roles of gender, gonadectomy and estrous phase in the analgesic effects of intracerebroventricular morphine in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 1989; 34: 119-27.
30. Kest B, Adler M, Hopkins E. Sex differences in thermoregulation after acute and chronic morphine administration in mice. *Neurosci Lett* 2000a; 291: 126-8.
31. Kest B, Palmese C, Hopkins E. A comparison of morphine analgesic tolerance in male and female mice. *Brain Res* 2000b; 879: 17-22.
32. Meunier JC, Mollereau C, Toll L, Suaudeau C, Moisand C, Alvinerie P et al. Isolation and structure of the endogenous agonist of opioid receptor-like ORL1 receptor. *Nature* 1995; 377: 532-5.

33. Mogil JS, Chesler EJ, Wilson SG, Juraska JM, Sternberg WF. Sex differences in thermal nociception and morphine antinociception in rodents depend on genotype. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24: 375-89.
34. Olofsen E, Romberg R, Bijl H, Mooren R, Engbers F, Kest B et al. Alfentanil and placebo analgesia: no sex differences detected in models of experimental pain. *Anesthesiology* 2005; 103: 130-9.
35. Reinscheid RK, Nothacker HP, Bourson A, Ardati A, Henningsen RA, Bunzow JR et al. Orphanin FQ: a neuropeptide that activates an opioide-like G protein-coupled receptor. *Science* 1995; 270: 792-4.
36. Sternberg WF, Smith L, Scorr L. Nociception and antinociception during the first week of life in mice: Sex differences and test dependence. *J Pain* 2004; 8: 420-6.
37. Stewart J, Rodaros D. The effects of gonadal hormones on the development and expression of the stimulant effects of morphine in male and female rats. *Behav Brain Res* 1999; 102: 89-98.
38. Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. *Gend Med* 2005; 2: 137-45.
39. Williams JT, Christie MJ, Manzoni O. Cellular and synaptic adaptations mediating opioid dependence. *Physiological Rev* 2001; 81: 299-343.



**Centro
Psicofarmacológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Eficacia y seguridad de Gabapentina en el Trastorno Límite de Personalidad: estudio abierto de seis meses de duración

Lola Peris

Médica Psiquiatra.

Coordinadora del Instituto Europeo de Neurociencias, Barcelona, España.

E-mail: perislola@yahoo.es

Néstor Szerman

Médico Psiquiatra. CSM Moratalaz, Área 1, Madrid, España.

Manuel Ruíz

Médico. Departamento médico Pfizer, Madrid, España.

Introducción

El trastorno borderline o límite de personalidad (TLP) afecta, según se recoge en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), a un 2 % de la población general, un 10 % de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y un 20 % de los pacientes hospitalizados (1). Ha sido definido como una condición de "estable inestabilidad", caracterizándose por una estable tendencia a la inestabilidad en el humor y la conducta. Las descripciones fenomenológicas enfatizan la labilidad emocional, la impulsividad y el descontrol conductual que ocurren a menudo en respuesta a circunstancias vitales (8). Los pacientes presentan síntomas depresivos, maniformes, ansiedad, irritabilidad, disforia, conductas suicidas reiteradas y clínica psicotiforme, que tienen un carácter fluctuante y gravedad variable, y que afectan áreas

como las relaciones interpersonales, el trabajo, la calidad de vida y la capacidad para recibir adecuada atención psiquiátrica.

El tratamiento de este trastorno se ha visto rodeado, entre otros tópicos, del pesimismo terapéutico, y muchos clínicos se muestran escépticos acerca de la posibilidad de cambios, pese a los estudios que indican lo contrario (27). Los ensayos terapéuticos se han hecho desde una visión ecléctica y pragmática (22) y, según algunos investigadores, se deben definir, por un lado, indicaciones empíricas de tratamiento para síntomas de estado y vulnerabilidad de rasgo y, por otro, utilizar respuestas a la medicación para definir subtipos clínicos o dimensiones biológicamente tratables (18), lo que ha llevado a clínicos e investigadores a explorar la utilidad de distintos grupos psicofarmacológicos: antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, litio y anticonvulsivantes (5).

Resumen

Los anticonvulsivantes están demostrando utilidad en el tratamiento del trastorno límite o borderline de personalidad y son ampliamente usados en entornos clínicos, si bien los estudios publicados son escasos y no establecen un perfil de empleo. Las características farmacológicas de la gabapentina y la documentada eficacia en los trastornos de ansiedad o la abstinencia de drogas fueron la base para este estudio multicéntrico, abierto y prospectivo, de 6 meses de duración, en pacientes con trastorno límite con poca respuesta a los tratamientos previos. El diagnóstico DSM-IV de trastorno límite fue confirmado con la Entrevista Diagnóstica de Borderline Revisada. Los cambios en las puntuaciones en Escala Hamilton de Ansiedad, Escala Young de Manía, Inventario de Depresión de Beck, Escala Barratt de Impulsividad y Escalas de Impresión Clínica Global de Gravedad y Mejoría fueron la medida de los resultados. Se apreció una mejoría global y, especialmente, en la sintomatología ansiosa y depresiva; no fueron comunicados efectos adversos. La Gabapentina demostró ser eficaz y segura en el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad - Gabapentina - Anticonvulsivantes.

EFFICACY AND SAFETY OF GABAPENTIN IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A SIX-MONTH, OPEN-LABEL STUDY

Summary

Anticonvulsants are showing to be helpful in the treatment of Borderline Personality Disorder and are widely used in clinical settings, although few studies have been published and their role in different borderline patients is not completely outlined. Gabapentin pharmacologic profile and its documented efficacy in anxiety disorders and drug abuse withdrawal were the basis for this open label multicenter six-month follow-up trial in borderline patients not enough responsive to previous therapies. DSM-IV Borderline Personality diagnosis was confirmed by the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised. Outcome measures were changes in scores on Hamilton Anxiety Rating Scale, Young Mania Rating Scale, Beck Depression Inventory, Barratt Impulsivity Scale and Clinical Global Impression Scale of Severity and Improvement. A global improvement, especially in anxious and depressive symptomatology, was observed; no adverse events were reported. Gabapentin showed to be efficacious and safe in Borderline Personality Disorder's treatment.

Key words: Borderline Personality Disorder - Gabapentin - Anticonvulsants.

Este último grupo terapéutico viene siendo objeto de progresiva atención desde los años setenta, en que aparecieron los primeros ensayos con difenilhidantoína (DPH) (21), aunque es desde los ochenta cuando los ensayos, primero abiertos y después controlados, con carbamacepina (8) y valproato (7, 10, 19) han puesto de manifiesto su papel positivo en el control de los impulsos, la agresividad y la inestabilidad afectiva. Es más, autores como Gardner & Cowdry (8) o Stein (20) indican que la carbamacepina parece inducir un estado de "retraso reflexivo", que permite a los pacientes contemplar sus acciones antes que actuar de forma impulsiva.

Además de esta acción terapéutica, que podríamos denominar "anti-impulsiva", algunos investigadores han sugerido que los anticonvulsivantes podrían ser de utilidad para reemplazar a las benzodiacepinas en el control de los síntomas ansiosos, dado el potencial riesgo de que su utilización agrave el descontrol conductual (6).

Se han postulado hipótesis como el kindling (24) o la acción neuromoduladora para justificar el creciente uso de estas moléculas en este tipo de trastornos de personalidad, aunque ninguna da exacta explicación de su eficacia en estos pacientes.

Dentro de esta línea de trabajo, otros anticonvulsivantes de aparición posterior, como oxcarbacepina, topiramato, lamotrigina o gabapentina, han sido objeto de creciente interés por parte de investigadores y clínicos. Hasta el momento, los pocos estudios publicados con topiramato (4, 13, 14) o lamotrigina (16, 17, 23) se han centrado fundamentalmente en el control de la agresividad que pueden presentar este tipo de pacientes, con la excepción de un reciente ensayo con topiramato en el que se constató mejoría igualmente en ciertos aspectos interpersonales, de ansiedad y somatizaciones, así como en la calidad de vida (11). Con oxcarbacepina, un estudio abierto publicado en 2005 muestra su efectividad general sobre la clínica habitual en el TLP (3).

Con excepción de la referencia a cuatro años de observación clínica en pacientes con trastornos de personalidad, fundamentalmente del cluster B, en los que se constató que en un 79,3 % de los tratados con gabapentina se apreciaba una mejoría en la agresividad-impulsividad, concentración, tolerancia y capacidades prospectivas (12), no existe por ahora, que conozcamos, ningún estudio publicado con dicha sustancia en TLP. Su pertenencia al citado grupo farmacológico y los resultados previos de otros estudios de este grupo, junto con su observada eficacia en el tratamiento de la abstinencia a tóxicos o en trastornos ansiosos, así como sus características farmacológicas en cuanto a facilidad de manejo, efectos secundarios leves y pasajeros y ausencia de interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas, sugerirían potencial utilidad en el tratamiento farmacológico de este trastorno. Por ello, se decidió estudiar tal utilidad y, en especial, su capacidad para mejorar sintomatología tan característica en estos pacientes como la labilidad afectiva, ansiedad e impulsividad.

Método

Estudio abierto y prospectivo, de 6 meses de duración, con el objetivo de evaluar la efectividad y seguridad de gabapentina, a dosis entre 1200 y 3600 mg/día, en el tratamiento de los síntomas asociados al TLP, de evolución no satisfactoria pese a los tratamientos utilizados. Para ello se reclutaron pacientes que cumplieren criterios diagnósticos por DSM-IV para TLP, confirmados con la administración de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) (9). Todos los pacientes fueron informados de las características y objetivos del estudio y dieron su consentimiento verbal para ser incluidos en el mismo.

La valoración clínica evolutiva se realizó mediante la Escala de Impulsividad de Barratt-versión 11 (BIS-11), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Manía de Young (YMRS), Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) e Impresión Clínica Global de Gravedad (ICG-G) y de Mejoría (ICG-M), administradas los meses 0, 3 y 6 (excepto ICG-G e ICG-M que fueron administradas al inicio y al final del estudio únicamente). En total se realizaron cuatro visitas: mes 0 o de inclusión, mes 1, mes 3 y mes 6 o de finalización.

El objetivo principal del estudio consistió en valorar la evolución general de los pacientes mediante la observación del cambio en la puntuación de la ICG y, como objetivos secundarios, valorar la eficacia de gabapentina en disminuir la impulsividad y los síntomas depresivos, ansiosos y maniformes asociados al trastorno tras seis meses de tratamiento, así como la seguridad del uso del fármaco en este tipo de pacientes.

Aparte de las exclusiones habituales, como pacientes embarazadas o sin una contracepción adecuada, fueron excluidos también pacientes diagnosticados de algún trastorno de la esfera psicótica, así como los que se encontraran en tratamiento previo con fármacos anticonvulsivantes que no pudieran ser retirados un mes antes del inicio del estudio, y pacientes que estuvieran recibiendo tratamiento psicoterapéutico reglado.

Resultados

La población analizada fue restringida a los pacientes que completaron el período de tratamiento (o, si no lo completaron, al menos cumplieron con los criterios de eficacia), tuvieron adecuadamente cumplimentados los parámetros de eficacia en las fechas prefijadas y en condiciones apropiadas y no cometieron violaciones fundamentales del protocolo. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absoluta y relativa para las categóricas.

El punto temporal para el análisis de efectividad fue el final del tratamiento. Se aplicó la regla Last Observation Carried Forward (último dato recogido considerado como final), de tal forma que el valor

seleccionado como valor final para el análisis es el último dato no perdido en la secuencia de visitas. Se utilizó la prueba de la *t* de Student para contrastar los cambios en la evolución de los pacientes, desde el inicio hasta el final del estudio, tanto en valor absoluto como en porcentaje.

Fueron incluidos 48 pacientes, con edades entre 18 y 55 años. De ellos, 18 eran mujeres (39 %) y 28 hombres (61 %), con una edad media de 32,5 años (DS = 7,7 años).

Las dosis de gabapentina empleadas oscilaron entre 1200 mg/día y 3200 mg/día (ambos extremos en escasa proporción), siendo las dosis más frecuentes (modales) desde el tercer mes de tratamiento 1800 mg/día y 2400 mg/día; en ningún caso se alcanzó la dosis máxima establecida para este fármaco de 3600 mg/día. Entre las medicaciones concomitantes en la visita basal destacaba un 47 % de ansiolíticos, sedantes e hipnóticos, un 27 % de antidepresivos y un 13 % de antipsicóticos, siendo el resto una miscelánea de otros fármacos de uso no psiquiátrico.

La utilización de los ansiolíticos disminuyó a lo largo del estudio, pasando en la visita final a un 38 %. Los antipsicóticos empleados fueron en su mayor parte los llamados atípicos, los cuales resultaron los únicos indicados desde el mes 3; su nivel de utilización se mantuvo similar al inicio (14 %). Los antidepresivos también experimentaron un descenso, pasando de 20 pacientes (27 %) tratados con este tipo de fármaco al inicio a 12 (16,2 %) que seguían en tratamiento con ellos al final.

Al comienzo del estudio se valoró que un 50 % de los pacientes cumplían adecuadamente con el régimen de medicación y otro 50 % cumplían parcialmente, mientras en el sexto mes el porcentaje de buenos cumplidores se estableció en un 57 % y en un 43 % el de cumplidores parciales. Se produjeron en total 6 abandonos: uno el primer mes por pérdida de seguimiento, en el tercer mes dos por pérdida de seguimiento (uno por retirada voluntaria y otro por otras causas no recogidas) y otra pérdida adicional de seguimiento en el sexto mes. El fármaco fue bien tolerado, informándose como único efecto secundario muy leve sensación de somnolencia al inicio en un 11 % de pacientes. No se recogieron acontecimientos adversos.

En cuanto a los resultados de los diferentes instrumentos utilizados, se describen a continuación las puntuaciones obtenidas evolutivamente a lo largo del estudio como dato que puede resultar de interés, si bien se debe recalcar que el objetivo fue valorar la acción de la gabapentina tras seis meses de tratamiento:

- Inventario de Depresión de Beck: se apreció una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 25,09 (DS 10,93) al inicio del estudio a 18,32 (DS 10,74) en el tercer mes y 13,11 (DS 8,08) en la última visita.

- Escala de Manía de Young: mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 11,02 (DS 7,76) al inicio del estudio a 7,67 (DS 5,80) en el tercer mes y 5,11 (DS 4,39) en la última visita en el sexto mes.

- Escala de Impulsividad de Barratt: Mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación global, pasando de un 84,19 (DS 12,08) al inicio del estudio a 80,82 (DS 12,58) en el tercer mes y 78,95 (DS 11,17) en la última visita. Por subescalas:

- Subescala Cognitiva: mejoría estadísticamente significativa ($p \leq 0,0347$) de la puntuación, pasando de un 22,50 (DS 2,31) al inicio del estudio a 22,09 (DS 2,83) en el tercer mes y 21,64 (DS 2,40) en la última visita.

- Subescala Motora: mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 28,45 (DS 5,19) al inicio del estudio a 26,51 (DS 5,22) en el tercer mes y 25,50 (DS 4,87) en la última visita.

- Subescala Impulsividad no planeada: mejoría estadísticamente significativa ($p \leq 0,0359$) de la puntuación, pasando de un 33,23 (DS 6,30) al inicio del estudio a 31,95 (DS 6,15) en el tercer mes y mantenido en 31,95 (DS 5,61) en la última visita.

- Escala de Ansiedad de Hamilton: mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 22,88 (DS 9,76) al inicio del estudio a 14,93 (DS 8,32) en el mes tres y 11,32 (DS 6,95) en la última visita.

- Escala de Impresión Clínica Global:

- Subescala de Gravedad de la Enfermedad: En esta escala, que oscila entre las categorías "normal, no enfermo" = 1 y "extremadamente enfermo" = 7, se observó una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación respecto de la puntuación de la visita basal, pasando de un 4,76 (DS 0,71) al inicio del estudio a 3,28 (DS 1,08) en la última visita, valor que se sitúa entre las categorías "ligeramente enfermo" y "moderadamente enfermo".

- Subescala de Mejoría: oscilando en ella las categorías entre 1 = "mucho mejor" y 7 = "mucho peor", también la mejoría resultó estadísticamente significativa respecto de la puntuación "sin cambios" (= puntuación 4) en la visita mes 6, siendo la valoración final de 2,1 (DS 0,9), valor que se sitúa entre las categorías "bastante mejor" y "algo mejor" de la escala.

Discusión

Todas las medidas psicométricas empleadas en este estudio abierto sobre el tratamiento del TLP con gabapentina mostraron una mejoría estadísticamente significativa en la evolución de sus puntuaciones desde el inicio hasta la finalización a los 6 meses. La mejora en las ICG-G e ICG-M muestra el efecto positivo en la evolución global del trastorno, documentado de forma más específica con la mejoría evidente de los síntomas de ansiedad, depresivos o maníacos, evaluados con las escalas HAM-A, BDI y YMRS. La impulsividad mostró una mejoría más discreta, observándose además mayor mejoría en el subtipo impulsividad motora en comparación con la cognitiva y la no planeada; estos resultados podrían estar en relación, tanto con las dosis que fueron más habitualmente empleadas (1800-2400 desde la visita 3), que quizá precisaran ser más altas para actuar más

ampliamente sobre la misma, como con el hecho de que la impulsividad en el TLP tiene condición de rasgo y no únicamente de estado.

Es decir, según los resultados del estudio y reconociendo sus limitaciones en cuanto estudio abierto, gabapentina resultaría un fármaco eficaz para mejorar síntomas tan frecuentes y cardinales en estos pacientes como la ansiedad y la inestabilidad afectiva y, en menor grado, la impulsividad. Tal mejoría psicopatológica podría repercutir en un funcionamiento interpersonal más adecuado y en un mejor seguimiento de tratamientos psicoterapéuticos, con la posibilidad, por tanto, de una mejor evolución del trastorno. Apoyaría también este punto el estudio publicado hace unos meses por Zanarini y colaboradores (26) sobre la evolución del TLP tras 10 años de observación, en el que se destacan siete variables como las mejores predictoras de remisión más temprana entre las que se encuentra un bajo neuroticismo, descrito como una recopilación de estados sintomáticos como rabia, ansiedad y depresión que, si aparecen de forma significativa en un paciente borderline, dificultarían la mejoría. Del resto de variables sólo una, la ausencia de rasgos de personalidad del cluster ansioso, se refiere propiamente a psicopatología, aludiendo las demás a cuestiones como la edad, ausencia de abusos sexuales en la infancia, no historia familiar de trastornos por uso de sustancias, buena orientación vocacional y alta sociabilidad.

La facilidad de manejo del fármaco, con la opción de escalado rápido, (especialmente si existe toma previa de benzodiacepinas), así como su buena tolerancia, sin aparición de efectos adversos señalables, facilitan el buen resultado observado en el conflictivo tema del cumplimiento de los tratamientos, que suele ser muy errático en estos pacientes, recalando que sólo 6 de los 48 abandonaron el seguimiento.

La toma de ansiolíticos concomitantes fue disminuyendo a lo largo del estudio, dato de interés dados los riesgos de la utilización de benzodiacepinas en los pacientes con TLP. Igualmente disminuyó de forma significativa la prescripción de antidepresivos. Sin embargo, la prescripción de antipsicóticos (atípicos desde el mes 3) se mantuvo sin variaciones, dato que quizá podría ponerse en relación con la necesidad de buscar un mayor control de la impulsividad, sobre la que este tipo de antipsicóticos tienen una probable acción (25).

Los estudios realizados hasta la actualidad con otros anticonvulsivantes, aunque todavía escasos, han evidenciado también su capacidad para mejorar la clínica en estos pacientes. La acción eficaz sobre la impulsividad, descrita primero en estudios con los más clásicos como difenilhidantoína, carbamacepina y valproico y, recientemente, con oxcarbacepina y topiramato, suele ser habitualmente discreta mientras que, tanto

los más clásicos, como lamotrigina o topiramato, han incidido en la mejoría evidente de la agresividad. La mejoría en la clínica afectiva ha sido referida en algún estudio con valproico y carbamacepina, y en el reciente con oxcarbacepina; en cuanto a la sintomatología ansiosa, también se han referido mejorías con difenilhidantoína, carbamacepina y oxcarbacepina. En relación con todo ello, un reciente meta-análisis de los estudios randomizados controlados sobre el tratamiento farmacoterapéutico de los rasgos centrales del TLP publicado por Nose y cols. (15) alude al efecto significativo de los estabilizadores del ánimo sobre la inestabilidad afectiva y la rabia, aunque no sobre impulsividad-agresividad, relaciones interpersonales o suicidabilidad, si bien en los cuatro últimos los datos no se extrajeron de todos los estudios revisados, y los autores reconocen cuestiones metodológicas como la no exclusión de pacientes con otros trastornos de personalidad o el no haber relacionado la suicidabilidad con la impulsividad "para enfatizar la urgente necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas que puedan disminuir el suicidio en estos pacientes", así como la necesidad de interpretar los resultados con cautela dada la heterogeneidad de los estudios incluidos.

En cualquier caso, y contando con las recomendaciones de uso como las ya realizadas en el año 2001 por la Asociación Americana de Psiquiatría en su Guía Terapéutica para el tratamiento del TLP (2), el pequeño número de estudios existente hasta la actualidad, de breve duración y con reducidas muestras de pacientes habitualmente, dificulta la elección de un fármaco concreto. Con los datos actuales, en caso de considerar la utilización de anticonvulsivantes para este complejo trastorno, deberían guiar dicha elección las acciones observadas por el momento, junto con cuestiones como la tolerabilidad, bajo riesgo y facilidad de manejo, en el contexto de las características diferenciales de cada paciente.

Reconociendo las debilidades de este estudio, en cuanto abierto y no realizado con gabapentina como medicación única sino asociada al tratamiento previo con el que no se obtenía una respuesta suficiente, los datos sugieren una clara utilidad de este fármaco en el TLP, al mejorar síntomas tan cardinales en el mismo como la ansiedad y la inestabilidad afectiva y, en menor grado, la impulsividad. En cuanto a este último aspecto, así como para valorar su efecto más ampliamente, serían necesarios estudios doble ciego, en monoterapia y con diferentes dosis.

Agradecimientos

Este estudio fue parcialmente financiado por una beca de investigación de laboratorios Pfizer ■

Referencias Bibliográficas

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed. Washington DC, APA, 1994: 654.
- 2- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158, 10, suppl.
- 3- Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1111-5.
- 4- Cassano P, Lattanzi L, Pini S, Dell'Osso L, Battistini G, Cassano GB. Topiramate for self-mutilation in a patient with borderline personality disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3 (3): 161.
- 5- Cowdry Rex W. Psychopharmacology of borderline personality disorder: a review. *J Clin. Psychiatry* 1987; 48 (8, suppl): 15-25.
- 6- Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 111-119.
- 7- Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (5): 442-6.
- 8- Gardner DL, Cowdry RW. Positive effects of carbamazepine on behavioural dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (4): 519-22.
- 9- Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138 (7): 896-903.
- 10- Hollander E, Swann AC, Coccaro EF, Jiang P, Smith TR. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (3): 621-4.
- 11- Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Fartacek R et al. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26 (1): 61-6.
- 12- Morana HC, Portela Cámara F. International Guidelines for the management of personality disorders. *Curr Opinion Psychiatry* 2006; 19: 539-43.
- 13- Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muehlbacher M, Tritt K et al. Treatment of aggression in male borderline patients: A double-blind, placebo controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57 (5): 495-9.
- 14- Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahman C. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo controlled study. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (11): 1515-9.
- 15- Nose M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21 (6), 345-353.
- 16- Pinto OC, Akiskal HS. Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J Affective Disord* 1998; 51 (3): 333-343.
- 17- Rizvi ST. Lamotrigine and borderline personality disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12 (4): 365-6.
- 18- Soloff PH. Is there any drug treatment of choice for the borderline patient? *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 379): 50-55.
- 19- Stein D, Simeon D, Frenkel M, Islam NH, Hollander E. An open trial of valproate in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (11): 506-10.
- 20- Stein G. Drug treatment of the personality disorders. *British J Psychiatry* 1992; 161: 167-184.
- 21- Stephens JH, Schaffer JN. A controlled study of the effects of diphenylhydantoin on anxiety, irritability and anger in neurotic outpatients. *Psychopharmacology* 1970; 17: 169-181.
- 22- Stone M H. Treatment of borderline patients: A pragmatic approach. *Psychiatric Clinics of North America* 1990; 13 (2): 265-85.
- 23- Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Ruther WK, Loew TH, Nickel MK. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol* 2005; 19 (3): 287-91.
- 24- Van Der Kolk BA. The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *J Nervous Mental Dis* 1987; 13: 203-213.
- 25- Vileneuve E, Lemelin S. Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder: Impulsivity as main target. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1298-1303.
- 26- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Bradford Reich D, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (5): 827-32.
- 27- Zanarini MC, Frankenburg PR, Hennen J, Silk KR. The Longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (2): 274-283.

Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia

Eduardo Keegan

*Doctor en Psicología. Prof. Titular Segunda Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias,
y Director del Programa de Posgrado en Terapia Cognitiva,
Fac. de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
E-mail: ekeegan@psi.uba.ar*

Cristian Javier Garay

*Licenciado en Psicología. Docente Segunda Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias,
Fac. de Psicología, UBA. Integrante del Departamento de Psiquiatría, CEMIC.
E-mail: cgaray@arnet.com.ar*

Introducción

El éxito de los tratamientos farmacológicos de los síntomas positivos de la esquizofrenia trajo como consecuencia no deseada el relegamiento del tratamiento psicosocial de estos pacientes (25). En los últimos años, sin embargo, esa tendencia ha cambiado. Se han desarrollado modelos de tratamiento psicológico con objetivos modestos, pragmáticos y concretos (15), entre ellos el Entrenamiento en Habilidades Sociales (32), la Terapia Personal (23), la Terapia de Apoyo (37) y la Terapia Cognitiva o Cognitivo-Conductual.

La mayoría de ellos se incluyen dentro de un plan terapéutico en el cual el tratamiento farmacológico es central (14). Un factor esencial en la difusión creciente de estos modelos es la gran importancia que le asignan a su validación empírica (16). Todos comparten un enfoque bio-psico-social de la patología y asignan un papel importante a la vulnerabilidad al estrés.

En nuestro medio, la aplicación de la terapia cognitiva a la esquizofrenia es muy reciente (28). Entre las publicaciones locales se puede destacar un reporte de caso (9) y tres artículos específicos sobre el tema (8, 18, 22).

En el presente trabajo describiremos los desarrollos de la terapia cognitiva (TC) de la esquizofrenia y la evidencia existente.

Modelos cognitivos

Los modelos cognitivo-conductuales postulan que la tendencia a formar creencias anómalas puede ser un factor crucial en la generación de experiencias psicóti-

cas. Estas creencias, junto con la ansiedad y el ánimo decaído que suelen generar, pueden empujar a los pacientes a un estado psicótico. La exploración de los antecedentes y la explicación que los pacientes dan de sus experiencias pueden darnos pistas sobre el origen de los síntomas (22).

Existen varios modelos de orientación cognitivo-conductual de los trastornos psicóticos (30, 17, 6). Estos modelos han sido desarrollados sobre la base de los principios de la TC de la depresión y de los trastornos de ansiedad, incluyendo además como conceptos centrales la vulnerabilidad al estrés y una concepción bio-psico-social de la patología (39). Enfatizan diferentes aspectos del tratamiento pero comparten sus objetivos y estrategias (19).

Rector y Beck (39) sintetizan los elementos comunes a estos modelos:

- a) el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica;
- b) la psicoeducación sobre la naturaleza de la enfermedad de acuerdo a un modelo bio-psico-social, apuntado a disminuir el estigma social y enfatizando lo que en TC se conoce con el nombre de *paradigma de normalización* (3), esto es, explicar al paciente que cualquier persona que viviese las experiencias que él o ella ha vivido (por ejemplo, alucinaciones) tenderá a dar una explicación similar de ellas.
- c) la reducción del sufrimiento asociado con el trastorno;
- d) las intervenciones cognitivas y conductuales para reducir la frecuencia de los síntomas psicóticos y el sufrimiento;
- e) la acción sobre los síntomas comórbidos (ansiedad y depresión);
- f) la prevención de las recaídas.

Resumen

La terapia cognitivo-conductual es una de las psicoterapias basadas en la evidencia empírica que se ha aplicado exitosamente al tratamiento de pacientes con síntomas psicóticos. El artículo presenta los principios y objetivos centrales de los modelos e intervenciones cognitivos, y describe los pasos genéricos del tratamiento. Se presentan los resultados de los estudios metodológicamente más sólidos.

Palabras clave: Cognitive-behavior therapy - Evidence-based psychotherapy - Schizophrenia - Psychotic disorders

COGNITIVE-BEHAVIOUR THERAPY FOR SCHIZOPHRENIA

Summary

Cognitive-behaviour therapy is one of the evidence-based psychotherapies that have been successfully applied to the treatment of patients with psychotic symptoms. The article presents the core principles and objectives of cognitive models and interventions, and describes the generic steps of treatment. The results of the most methodologically-sound outcome studies are presented.

Key words: Terapia cognitivo-conductual - Psicoterapia basada en la evidencia - Esquizofrenia - Trastornos psicóticos.

La TC de Beck para otras patologías está centrada en el cuestionamiento de los contenidos de las cogniciones disfuncionales. En la aplicación a síntomas psicóticos, el tratamiento presenta algunas diferencias importantes, que han sido reseñadas por Garety y cols. (19):

- 1) la mayor importancia de una fuerte alianza terapéutica (acuerdo en la relación y en los objetivos terapéuticos),
- 2) un abordaje menos confrontativo y más gradual de la cognición disfuncional,
- 3) el terapeuta puede proveer - con cautela - interpretaciones alternativas;
- 4) trabajo dentro del delirio, identificando formas de reducir el malestar aun persistiendo la creencia.

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las intervenciones cognitivas estándar, el énfasis está puesto en la *significación atribuida a la experiencia psicótica* y no en el cuestionamiento de esa experiencia. Este enfoque apunta a que mejoren la calidad de vida y la funcionalidad del paciente, sin pretender extinguir o cuestionar drásticamente las ideas delirantes.

Se resumen brevemente los supuestos centrales de dos modelos, representativos de dos grandes líneas de investigación.

El modelo de Chadwick

El modelo de Chadwick, Birchwood y Trower (6, 7) utiliza el modelo ABC tomado de la Terapia Racional-Emotiva-Conductual de Albert Ellis. El modelo ABC distingue situaciones activantes (A); creencias (*beliefs*) (B) y consecuencias (respuestas emocionales y conductuales) (C). Adaptando este modelo a los síntomas psicóticos, Chadwick y cols. ubican a las alucinaciones -como hechos activantes- en (A); las ideas delirantes, definidas como una interpretación posible de los hechos activantes son ubicadas en B; mientras que C, incluye las respuestas emocionales y conductuales secundarias a la interpretación delirante ubicada en B.

Como en la TC de Beck, el supuesto central es que las respuestas conductuales y emocionales (C) no resultan de las alucinaciones auditivas en sí mismas (A) sino de las interpretaciones que el paciente realiza de ellas (B). En consecuencia, el énfasis del trabajo terapéutico está puesto en B, con el objetivo de *modificar o alterar los supuestos y las interpretaciones de A*. Por ejemplo, en determinada situación, el paciente alucina la siguiente frase: "ten cuidado", piensa: "es el Diablo, me está mirando, esperando para capturarame". Siente terror y evita salir de su casa e ir a lugares públicos (6: pág. 19).

El modelo de Wykes

El modelo de la Terapia de Remediación Cognitiva (*Cognitive Remediation Therapy*) (49) es similar a la terapia cognitivo-conductual en el sentido en que ambas se centran en desarrollar habilidades cognitivas. Pero, a diferencia de otros modelos cognitivo-conductuales, la CRT se centra en desarrollar las habilidades cognitivas que están afectadas en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (memoria, atención y otras funciones cognitivas). El objetivo es remediar ciertas dificultades cognitivas relevantes en este trastorno.

Hay dos líneas de investigación centrales en el desarrollo de la CRT: los estudios de laboratorio y los estudios clínicos. Los estudios de laboratorio aislaron diferentes técnicas de remediación cognitiva y evaluaron su utilidad. Entre los estudios clínicos se encuentran la

Terapia Psicológica Integrada de Brenner y cols. (5) y la Terapia de Mejoramiento Cognitivo (*Cognitive Enhancement Therapy*) de Hogarty y Flesher (24). Hay modelos de entrenamiento computarizado (42) y programas centrados en el entrenamiento individual de la función ejecutiva (47).

Es difícil obtener conclusiones globales sobre los estudios dada la heterogeneidad de los modelos de intervención (49).

Pasos del tratamiento

Garety y cols. (19) han sintetizado los aspectos comunes a los diferentes modelos en los siguientes pasos:

Contrato y evaluación. El primer paso se centra en el establecimiento de la alianza terapéutica, la cual constituye un importante predictor de los resultados de la terapia. Se intenta conocer detalladamente la historia y el presente del paciente. Se acuerdan los objetivos del tratamiento.

Trabajo sobre las estrategias de afrontamiento. Se implementan estrategias cognitivo-conductuales para afrontar los síntomas y experiencias que provocan malestar (lista de actividades, reducción de la ansiedad, control de la atención, tareas para el hogar, registro de la frecuencia e intensidad de un síntoma). Se explora, mediante ensayo y error, qué estrategias son útiles en cada caso.

Desarrollo de una nueva comprensión de la experiencia de la psicosis. Este paso consiste en la construcción de un modelo de los hechos que sea aceptable y tenga sentido para el paciente. Es un trabajo similar a la psicoeducación en otros abordajes psicosociales.

Trabajo con los delirios y las alucinaciones. En este paso se inicia el trabajo propiamente cognitivo que varía levemente de acuerdo a cada modelo. Se utilizan las metodologías clásicas de la terapia cognitiva (cuestionamiento socrático, empirismo colaborativo, experimentos cognitivos, tareas para el hogar).

Foco en las autoevaluaciones negativas, la ansiedad y la depresión. En este paso se trabaja sobre las relaciones entre el contenido de los delirios y las características de hechos amenazantes y traumáticos de la vida temprana (identificados en el primer paso). El trabajo sobre este tipo de creencias es el mismo que en la terapia cognitiva estándar.

Abordar el riesgo de recaídas y la incapacidad social. En este paso final, se revisa junto al paciente el trabajo hecho y se examina su visión del futuro.

Aplicaciones

La TC puede implementarse para mejorar los resultados de tratamientos farmacológicos exitosos. La intervención apunta a mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir las probabilidades de recaídas, mejorar el funcionamiento social y disminuir los tiempos de las internaciones. También puede utilizarse en un formato de combinación simultánea para aumentar la velocidad de respuesta durante el episodio agudo.

La TC también puede ser útil para los pacientes que presentan una respuesta parcial o incompleta al tratamiento farmacológico estándar o que son refractarios al mismo (48). Esta forma de psicoterapia puede ser un tratamiento alternativo para aquellos pacientes que por

algún motivo no aceptan o no pueden tomar la medicación prescrita. Asimismo, existen protocolos que buscan prevenir el desarrollo de trastornos psicóticos en pacientes que presentan factores de riesgo muy elevado (19, 34, 35), en adultos mayores (33).

Actualmente, las aplicaciones terapéuticas de los modelos cognitivo-conductuales se han incluido en programas integrales para pacientes psicóticos crónicos (34, 43) y para pacientes con diagnóstico dual (esquizofrenia y abuso de sustancias) (1). También se ha diseñado un enfoque cognitivo-conductual dirigido a personas a cargo del cuidado de los pacientes con esquizofrenia (40).

Evidencia

La TC ha sido ampliamente validada por una gran cantidad de estudios controlados, demostrando eficacia y efectividad en una amplia gama de trastornos mentales (29). En los últimos 15 años se han publicado más de 20 estudios clínicos controlados que muestran resultados alentadores para la utilización de este modelo psicoterapéutico en los trastornos psicóticos (45). Una revisión del *Cochrane Group* concluyó que la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento efectivo para los síntomas persistentes de la esquizofrenia (27), y al menos tres meta-análisis publicados a la fecha muestran que es efectiva en el tratamiento de los síntomas positivos de los pacientes psicóticos (20, 38, 39), así como otras revisiones (2, 10). Esto permitió que el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, sus siglas en inglés) incluyera a la terapia cognitiva en sus lineamientos de práctica clínica con la categoría de tratamiento recomendado para la esquizofrenia (36). Existen además datos clínicos, reportes de casos y estudios no controlados acerca de esta modalidad terapéutica.

Estudios

Se describen aquellos que se destacan por su diseño, muestra, rigor metodológico o la originalidad de sus objetivos.

El estudio multicéntrico denominado SoCRATES (*Study of Cognitive Reality Alignment in Early Schizophrenia*) (31) involucró 315 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos relacionados. Se trata de un estudio controlado, aleatorizado y con evaluadores ciegos, cuyo objetivo fue de aumentar la velocidad de recuperación. Para ello, se conformaron 3 grupos: 1) 101 pacientes recibieron un programa de TC de 15-20 horas durante 5 semanas más tratamiento de rutina; 2) 106 pacientes recibieron consejería de apoyo (*supportive counselling*) (CA) más tratamiento de rutina (TR); 3) 102 pacientes recibieron TR solamente. Se observó una velocidad de resolución mayor de las alucinaciones auditivas en el grupo TC que en el grupo CA. Una importante característica de este estudio es que el grupo TC recibió solamente 5 semanas de tratamiento. En el seguimiento realizado a los 18 meses observaron diferencias en favor de los grupos TC y CA sobre el grupo TR.

Drury y cols. (11-13) incluyeron en su estudio a 40 pacientes en fase aguda de trastornos psicóticos. Los pacientes fueron divididos por aleatorización estratifica-

da en dos grupos: 1) 20 pacientes recibieron TR y TC individual, grupal e intervenciones familiares; 2) 20 pacientes recibieron TR, apoyo informal y actividades recreativas en igual cantidad de horas que el primer grupo. A las 12 semanas, se observó una disminución significativamente mayor de los síntomas positivos en el grupo TC. Esta diferencia se mantuvo en el seguimiento a los 9 meses. A los 5 años, el seguimiento no encontró diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al número de recaídas. En los pacientes con una o ninguna recaída se observó una diferencia significativa a favor del grupo TC en los síntomas positivos y en el grado de convicción sobre las creencias delirantes.

Tarrier y cols. (44, 46) reclutaron 87 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica y síntomas positivos persistentes. Los dividieron en tres grupos. El primero, TC y TR (n=33). El segundo, CA y TR (n=26). El tercero, solamente TR (n=28). Se observó una diferencia significativa a favor del grupo tratado con terapia cognitiva en la cantidad y severidad de los síntomas positivos en comparación con los otros dos. En el segundo grupo se observó una diferencia a su favor en comparación con el tercero, aunque la misma no fue significativa. A los 12 meses del seguimiento, se mantuvo la diferencia significativa a favor del grupo tratado con terapia cognitiva.

Sensky y cols. (41) dividieron 90 pacientes con síntomas positivos de esquizofrenia resistentes a medicación en dos grupos: 1) recibieron 19 sesiones de TC a lo largo de nueve meses y TR; 2) recibieron TR y contacto interpersonal con un profesional (*Befriending*). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, a los 9 meses del seguimiento se observaron diferencias significativas en favor del grupo TC. Desde el final del tratamiento, los pacientes del grupo TC continuaron mejorando mientras que los pacientes del grupo TR/*Befriending* perdieron los logros obtenidos.

Finalmente, Morrison y cols. (35) realizaron un estudio interesante en el cual evaluaron la utilidad de la TC para la prevención de trastornos psicóticos en pacientes con alto riesgo. Los investigadores dividieron a 60 pacientes con síntomas psicóticos transitorios (episodio psicótico breve) o síntomas psicóticos subsindrómicos en dos grupos: 1) 37 pacientes recibieron TC y TR; 2) 23 pacientes recibieron TR. Se observó una reducción en la probabilidad de desarrollar un trastorno psicótico en los pacientes del grupo TC así como una menor probabilidad de recibir medicación antipsicótica durante el período de 12 meses posterior a la intervención.

Existen también estudios clínicos que evalúan la terapia cognitiva en la ansiedad social (21), la depresión y las ideas suicidas (4, 26) de los pacientes psicóticos.

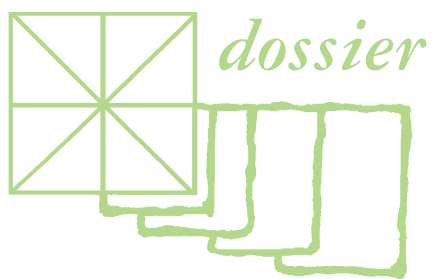
Conclusiones

La evidencia empírica y la experiencia clínica reciente demuestran la utilidad de aplicar la terapia cognitivo-conductual -y otras psicoterapias específicas- al tratamiento de personas con síntomas psicóticos. Teniendo en cuenta los beneficios que esto implica para los pacientes, sus familias y la sociedad, es deseable que este tipo de intervenciones esté disponible en la red de atención pública nacional ■

Referencias bibliográficas

- Barrowclough Ch, Haddock G, Tarrier N, Lewis Sh, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patient With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1706-1713.
- Beck AT, Rector N. Cognitive Therapy of Schizophrenia: A New Therapy for the New Millennium. *Am J Psychotherapy* 2000; 54 (3): 291-300.
- Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, Editorial Desclee De Brouwer, 1983 [1979].
- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 516-521.
- Brenner H, Roder B, Hodel B, Kienzie N, Reed D, Liberman R. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle, Editorial Hogrefe & Huber, 1994.
- Chadwick P, Birchwood M, Trower P. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Chichester. Chichester, Editorial Wiley, 1996.
- Chadwick P, Trower P. Cognitive therapy for punishment paranoia: a single case experiment. *Behav Res Ther* 1996; 34 (4): 351-356.
- Chappa H. Estado actual de la terapia cognitiva comportamental de la esquizofrenia. *Rev Arg Clín Psicológica* 2004; 13, (1): 9-17.
- Chiderski BE. Terapia cognitiva: un abordaje posible para el tratamiento de las ideas delirantes. *Clepios Rev Residentes Salud Mental* 2005; XI (2): 62-66.
- Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res* 2000; 43: 71-90.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996; 169 (5): 593-601.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial II. Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996; 169 (5): 602-607.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial III. Five-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 8-14.
- Eells TD. Psychotherapy of Schizophrenia. *J Psychother Pract Res* 2000; 9(4): 250-254.
- Fenton W, McGlashan Th. We Can Talk: Individual Psychotherapy for Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1493-1495.
- Fenton W, Schooler N. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26(1): 1-3.
- Fowler D, Garety Ph, Kuipers E. Cognitive behavioral therapy for psychosis: theory and practice. Nueva York, Editorial Wiley, 1995.
- Garay CJ. Modelos cognitivo-conductuales de los trastornos psicóticos. Procedente de las 10ª Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA; 14-15 agosto 2003; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones, tomo I: 61-63, 2003.
- Garety PhA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000; 26 (1): 73-86.
- Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001; 48: 335-342.
- Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust NZ J Psychiatry* 2000; 34: 809-813.
- Hansen, L., Kingdon, D. Terapia comportamental cognitiva para la esquizofrenia. *Rev Arg Clín Psicológica* 2004; 13, (1): 19-33.
- Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S et al. Personal Therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 379-393.
- Hogarty GE, Flesher S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25, 667-692.
- Huxley N, Rendall M, Sederer LI. Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 Years. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (4): 187-201.
- Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 522-528.
- Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JJ, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 18(4): CD000524. Disponible en: <http://www.cochrane.org/index.htm>
- Keegan, E. Comentario de relatos clínicos: Terapia cognitiva: un abordaje posible para el tratamiento de las ideas delirantes. *Clepios Rev Residentes Salud Mental* 2005; XI (2): 66.
- Keegan, E. La terapia cognitiva. Fundamento teórico, aplicaciones y perspectivas futuras. *Clepios Rev Residentes Salud Mental* 2001; VII (2): 79-83.
- Kingdon D, Turkington D. Cognitive behavioral therapy of schizophrenia. Nueva York, Guilford, 1994.
- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bental R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002; 181 Supl 43: 91-97.
- Liberman RP. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry* 1994; 57:104-114.
- McQuaid JR, Granholm E, Simjee McClure F, Roepke S, Pedrelli P, Patterson ThL, et al. Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills Training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *J Psychother Pract Res* 2000; 9 (3): 149-156.
- Morrison A. Cognitive Therapy for Auditory Hallucinations as an Alternative to Antipsychotic Medication: a Case Series. *Clin Psychol Psychother* 2001; 8: 136-147.
- Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 291-297.
- National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2003. [264 pantallas]. Disponible en www.nice.org.uk
- Penn DL, Mueser KT, Tarrier N, Qloeg A, Cather C, Serrano D, et al. Supportive Therapy for Schizophrenia: Possible Mechanisms and Implications for Adjunctive Psychosocial Treatments. *Schizophr Bull* 2004; 30(1):101-112.

38. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763-782.
39. Rector N, Beck AT. Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189 (5): 278-287.
40. Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N, Quinn J, Mainwaring J, Lewis S. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 346-355.
41. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddie R, O'Carroll M, Barnes Th. A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 (2): 165-172.
42. Suslow T, Schonuer K, Arolt V. Attention training in the cognitive rehabilitation of schizophrenia patients: a review of efficacy studies. *Acta Psychiatrica Scand* 2001; 103, 15-23.
43. Svensson B, Hansson L. Rehabilitation of Schizophrenia and other long-term mentally ill patients. Results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitive therapy. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 325-332.
44. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys LI. Durability of the Effects of Cognitive-Behavioural Therapy of the Treatment of Chronic Schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174 (6): 500-504.
45. Tarrier N, Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behav Res Ther* 2004; 42: 1377-1401.
46. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *Br Med J* 1998; 317: 303-307.
47. Van der Gaag M. The results of cognitive training in schizophrenic patients. Delft, Editorial Eburon, 1992.
48. Wiersma D, Jenner JA, van de Willige G, Spakman M, Nienhuis FJ. Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: a naturalistic follow-up study of the durability of effects. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 103: 393-399.
49. Wykes T, Van der Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis -cognitive remediation therapy (CRT)? *Clin Psychol Rev* 2001; 21 (8): 1227-1256.



INSTITUCIONES EN PSICOGERIATRIA

Coordinación
Daniel Matusevich
Fabián Triskier

La década de los ochenta del siglo XX trajo consigo una crítica abierta al sistema de interacción geriátrica como paradigma de atención de las personas mayores. Aún cuando este modelo nunca fuera abandonado totalmente (salvo contadísimas excepciones), en los países desarrollados se instaló el lema de “envejecer en casa”, estableciéndose políticas tendientes a posibilitar y generalizar la atención domiciliaria: reducción de las barreras arquitectónicas en las viviendas, sistemas de tele asistencia, espacios comunes, programas de asignación y capacitación de cuidadores, etc.

Es de suponer que las políticas de desinstitutionalización que entraron en boga en el campo de las Salud Mental hayan tenido también cierta influencia en esta tendencia. Sin embargo, y a diferencia de lo referente a las políticas en Salud Mental, en los últimos años las residencias de larga estadía (así es como preferimos denominar a los establecimientos geriátricos) han recuperado parte de las acciones que habían perdido en los ochenta.

La necesidad de las residencias puede explicarse por diferentes factores. Uno de ellos es atribuible al aumento del número de personas mayores de ochenta años en las sociedades de los países desarrollados. Es un cambio poblacional sin precedentes. Como consecuencia de este hecho, se

va evidenciando un incremento en el número de personas mayores con niveles crecientes de dependencia y reducción de la autonomía, en parte generadas por el aumento en la esperanza de vida y el aumento de la incidencia de enfermedades como las demencias. Aún en países con excelentes políticas de atención domiciliaria, el ingreso a una residencia ha demostrado ser un recurso indispensable para atender a las personas mayores con niveles altos de fragilidad mental o motora. Los cambios acaecidos en lo social, con la reducción en la tasa de natalidad y la generalizada salida de las mujeres al mercado laboral también han contribuido a la revalorización de las residencias en su rol de atención para la población de edad que presenta ciertas características.

En síntesis, a pesar del desarrollo que debería darse a las políticas de atención de las personas mayores en la comunidad, especialmente en países como el nuestro, las residencias de larga estadía continuarán teniendo un lugar relevante.

El desarrollo de la psicogeriatría como subespecialidad dentro de la psiquiatría es relativamente reciente. Fueron hitos significativos de ese fenómeno la tarea de Roth y Post en el Reino Unido, la de De Ajuriaguerra en Suiza y la fundación de la American Association for Geriatric Psychiatry en los Estados Unidos. Especial mención merecen en nuestro país las tareas de Leopoldo

Salvarezza y Mario Strejilevich en ámbitos como el psicoanálisis y la psiquiatría.

Recién en los años 1971 y 1972, el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud, establecieron programas específicos para el estudio de las enfermedades mentales en la vejez y en 1980 la Internacional Psychogeriatric Association (IPA) celebró su primer congreso en El Cairo. En paralelo a estos avances se fueron creando numerosas asociaciones de familiares y pacientes que defendieron los derechos de los enfermos e impulsaron la tarea asistencial y la investigación.

Es en este contexto que se producen los primeros intentos de inclusión del médico psiquiatra en las residencias de larga estadía; podemos conjeturar que este proceso se dio de manera casi natural, teniendo en cuenta las diversas vicisitudes que atraviesan los ancianos institucionalizados, donde la patología psiquiátrica en muchas ocasiones ocupa un lugar predominante. Esa naturalidad no implica sencillez ni facilidad (como se verá en los artículos que siguen) ya que los nuevos desarrollos siempre deben enfrentar escollos variados hasta poder llegar a definir su estatus epistemológico.

En el presente Dossier de Vertex se trata de dar cuenta de ese encuentro reflejando de la forma más abarcativa posible las diferentes aristas que surgen en la interfase psiquiatría-institución total, intentando aportar elementos válidos a la hora de examinar esta cuestión.

La intención es evitar, en lo posible, visiones/versiones reduccionistas que opaquen el objeto de estudio y acallen las polémicas. Por el contrario, las contradicciones y las miradas contrastantes enriquecen el campo y permiten retroalimentar los distintos modelos teóricos con sus particulares entrecruzamientos.

Daniel Matusevich realiza un recorrido por diversas cuestiones relacionadas con el quehacer psicogeriatrico dentro de una institución, destacando, fundamentalmente, temas como el lugar del psiquiatra, las cuestiones farmacológicas, las contenciones físicas y las particularidades que adquieren patologías como la demencia, la depresión y el SAG (Síndrome de Adaptación al Geriátrico) analizados con una óptica que jerarquiza la intrasubjetividad de cada modelo de envejecimiento.

En la entrevista realizada a Mónica Roque, Directora Nacional de Políticas para Adultos mayores se hace referencia e importantes consideraciones respecto a la atención de las personas mayores y las políticas existentes en nuestro país desde una concepción integral de las mismas.

Adriana Fassio aporta desde las Ciencias Sociales un análisis de las diferentes representaciones de la internación geriátrica en el imaginario de las personas mayores, la exploración de la opinión de los mismos a través de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe), realizada en el Area Metropolitana de Buenos Aires en el año 2001 y una comparación de algunas características de la población mayor que habita en hogares familiares, la que se encuentra en situación de calle y la que se encuentra institucionalizada a partir del procesamiento de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Julian Bustin, desde Londres, describe en su jugoso artículo los recursos disponibles para atender a adultos mayores de 65 años con alguna patología mental en Inglaterra, destacando la diversidad de los mismos pero sin eludir una serie de observaciones críticas al funcionamiento global del sistema de atención y al modelo de Psiquiatría Comunitaria.

Judith Szulik se refiere a la utilización de medicación antipsicótica en los adultos mayores y, en particular, en quienes residen en instituciones geriátricas, el incremento de su indicación a partir de la disponibilidad de los antipsicóticos atípicos extendiéndose a indicaciones para las cuales estos fármacos no fueron originalmente aprobados. Analiza el perfil de efectos adversos y en particular, la advertencia del incremento del riesgo potencial de producir eventos cerebrovasculares y la mortalidad en los pacientes dementes tratados con antipsicóticos atípicos, con la consecuente polémica que se ha generado.

Gonzalo Abramovich nos ofrece el modelo de centro de día como recurso adecuado para atender las necesidades de un importante número de personas mayores con diferentes niveles de dependencia, sus objetivos, alcances y limitaciones. Además, presenta un modelo de Centro de Día destinado a la atención de ancianos vulnerables con y sin discapacidades físicas recientemente inaugurado por la AMIA, Asociación Mutual Israelita Argentina, en Buenos Aires ■

La psicogeriatría en las instituciones geriátricas: una tierra de oportunidades

Daniel Matusevich

Medico psiquiatra

Coordinador del Equipo de Psicogeriatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

E-mail: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar

La vejez al "poder"

El envejecimiento de la población mundial y el consiguiente riesgo de desarrollar enfermedades invalidantes y con diferentes tipos de deterioro ha despertado un gran interés en analizar y estudiar las condiciones de vida de las personas ancianas.

En los Estados Unidos aproximadamente 1.5 millones de personas, o el 5% de aquellos mayores de 65 años viven en instituciones geriátricas; German sostiene que entre el 20 y el 50% de los mayores de 65 años eventualmente vivirán en alguna institución en algún momento de su vida. Las personas de 85 o más años representan el 11% de la población envejecida pero por otro lado representan el 45% de las personas que residen en instituciones geriátricas (1, 20, 28, 31, 34).

En nuestro país aproximadamente el 13.4% de la población es mayor de 60 años, lo que equivale a 4.900.000 millones de habitantes; 70.000 de ellos habitan en residencias de larga estadía, lo que equivale al 1.5% de la población.

Pensando la cuestión en un país culturalmente parecido al nuestro podemos decir que en España aproximadamente un 3% de los mayores de 65 años viven en residencias tanto públicas como privadas, mientras que cerca de veinticinco mil personas se encuentran en lista de espera para ingresar. La Unión Europea recomienda, dado el envejecimiento poblacional, una dotación de 5.5 camas por cada cien habitantes (5, 12, 16, 29).

La lógica de las institucionalizaciones muestra que en la mayoría de los casos la decisión se toma a partir de hospitalizaciones por problemas clínicos o psiquiátricos; o sea que es en la sensación de urgencia que se genera en esos momentos cuando se decide el destino vital del anciano/a.

La pregunta que subyace a esta cuestión es cual es el grado de participación que tiene la persona en la elección que se plantea, y la respuesta puede estar relacionada con el grado de autovalidez y de independencia económica que posea.

Una encuesta realizada en España, en 1995, arroja que el 50% de mayores de 65 años informan que bajo ninguna circunstancia irían a vivir a una residencia y los restantes refieren que en condiciones extremas (no poder valerse por sí mismos, malas condiciones económicas, etc.) se verían obligados a optar por esa posibilidad (16).

Es importante señalar que más que hablar de la institucionalización deberíamos hablar de las institucionalizaciones ya que este proceso conlleva un importante monto de singularidad que no debe ser perdido de vista en ningún momento para evitar caer en visiones o versiones maniqueístas de la cuestión.

A mediados de la década del 70 el envejecimiento era visto como una enfermedad sin salida siendo las únicas opciones la institucionalización o el sacrificio del grupo familiar; la mayoría de las personas que padecían demencia eran encerradas sin ayuda psiquiátrica de ningún tipo siendo diagnosticadas como "seniles" con "arterias endurecidas" y se hallaban alejadas de toda posibilidad de tratamiento. Greene plantea que en esos años los profesionales tenían una actitud que podríamos denominar como de "no se puede hacer nada" y era, justamente, esa actitud la que funcionaba como una profecía auto cumplida (20).

El origen de las instituciones geriátricas presenta tres aspectos bien diferenciados:

- Biomédico con sus hospitales de agudos.
- Psiquiátrico con sus asilos para locos y lunáticos.
- Social con sus casas de pobres e indigentes.

Es en la interacción de estos tres modelos donde surge la moderna institución geriátrica como la conocemos en nuestros días; en el comienzo fue el esquema asilar y de beneficencia que luego se vio complementado por el modelo médico con su impronta de medicalización. El futuro podría estar relacionado con una estructura que se aleje de la medicina y se acerque a la cotidianidad de la vida en los hogares, donde las personas concurren a ver al médico sólo cuando lo necesitan.

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir y analizar la inserción de la psiquiatría en las instituciones geriátricas. Para ello se realiza un recorrido histórico epistemológico por diferentes aspectos significativos de la cuestión poniendo el eje en las cuestiones epidemiológicas, en los diagnósticos prevalentes (Demencia, depresión y SAG.), en todo lo relacionado con la medicación psiquiátrica de los huéspedes y en el controvertido tema de las contenciones físicas.

Palabras clave: Institución geriátrica- Contenciones físicas- Diagnósticos en psicogeriatría.

GERIATRIC PSYCHIATRY IN THE NURSING HOME: A LAND OF OPPORTUNITY

Summary

The purpose of this paper is to describe and analyze the development of the psychiatry at the nursing homes. We explore both the historic and epistemological aspects of the question and focus in the epidemiology, the psychiatric diagnosis (dementia, Depression And SAG.), the psychiatric medication and the controversial problem of the physical restraint.

Key words: Nursing home- Physical restraints- Psychogeriatric diagnosis.

Sakauye y Camp plantearon en 1992 cinco principios que según ellos deberían ser los que guíen el desarrollo de la vida en una institución (32):

- El huésped debe ser visto y tratado de manera humana por el personal.
- Asumir que ningún comportamiento es azaroso por lo que siempre se debe buscar la causa de todas las alteraciones conductuales que se desarrollen.
- Se debe tratar de detectar activamente a los pacientes con síntomas depresivos o psicóticos, ya que ellos son una fuente de complejidades.
- Se debe reducir las medicaciones y las dosis de medicación.
- Se debe intentar que el geriátrico sea un "hogar".

Si bien estamos asistiendo a una etapa de empoderamiento (*empowerment*) del envejecimiento, sobre todo en las clases económicamente más favorecidas, es necesario que nos preguntemos cuánto de ese cambio y empoderamiento se ha volcado en las instituciones geriátricas; una propuesta en ese sentido es la participación de los propios viejos en la toma de decisiones, no sólo en la decisión de ser institucionalizados sino también en la dirección de la vida institucional con sus múltiples variantes.

(D)efectos de la institucionalización

Tobin y Lieberman plantean en su libro *The last home for the aged* tres efectos posibles de la institucionalización que vale la pena analizar brevemente para aproximarnos a la cuestión de cual es el lugar del psicogeriatra en el geriátrico (38):

- Efecto mudanzas y cambios contextuales: existen varios trabajos que plantean un aumento de la morbilidad en relación a los cambios y modificaciones que se produzcan en la vida del anciano/a. Esto incluye tanto mudanzas a geriátricos como incorporación de cuidadores/as a la vida de todos los días; la institucionalización geriátrica conlleva stress y desorganización psicológica, ocasionando lo que en un trabajo anterior dimos en llamar Síndrome de Adaptación al Geriátrico (SAG) y Tobin denominó "Síndrome del primer mes".
- Efecto preparación: la preparación para realizar la mudanza al geriátrico puede llegar a ser tan estresante como la institucionalización misma; Tobin y Lieberman encontraron que aquellos ancianos que se encontraban bajo el efecto de la futura migración funcionaban de manera diferente cognitivamente, emocionalmente y afectivamente que sus pares que vivían en la comunidad.
- Efecto "Institución Total": siguiendo a Goffman podemos decir que las residencias geriátricas cumplen todos los requisitos para ser consideradas instituciones totales donde los ancianos son institucionalizados. Mas allá de las características del lugar elegido el pasaje a estos espacios involucra una mortificación del *self* y una pérdida de la individualidad que podrá ser contrarrestada o no de acuerdo a la actitud del grupo familiar y al perfil del lugar elegido (19).

Estar atentos a estos efectos es de fundamental importancia para disminuir los daños colaterales que pudieran surgir en el camino y es ahí donde el psicogeriatra entrenado podría comenzar a ejercer su función tratando de garantizar una transición lo menos traumática posible tanto para el principal actor/actriz involucrado como para los actores de reparto.

Goffman describe en su libro *Internados* "la carrera moral del paciente mental", haciendo referencia al destino vital de la persona que va a ser internada en una institución psiquiátrica, nosotros podríamos hablar aquí de "la carrera moral del anciano/a institucionalizado/a" con sus diversas vicisitudes pero con un grado de complejidad común que nunca debe ser soslayado (19). Esa carrera moral incluye una serie de hitos fundamentales que dibujan la dramática familiar en ese momento particular: la coalición "institucional", la decisión de institucionalizar, la elección del lugar, los conflictos entre los diferentes actores, etc.

Fernandez y Fuentes plantean que el sistema de redes sociales se reduce durante la vejez y especialmente cuando tiene lugar el proceso de institucionalización; este debilitamiento del entorno social tiene efectos negativos sobre el funcionamiento cognitivo de los ancianos involucrados (15).

En 1987, Schooler describió que la exposición continuada a ambientes poco complejos puede provocar una disminución del funcionamiento intelectual, sobre todo de aquellos aspectos relacionados con los niveles de demanda del entorno (35).

Uno de los grandes desafíos de la gerontología actual es tratar de pensar un modelo de institucionalización que no aumente el grado de aislamiento social o de soledad de los ancianos que generalmente esta asociado a las pérdidas que se pueden llegar a registrar en esta etapa vital (esposo/a, reducción del grupo de amigos, disminución de los ingresos económicos, pérdida de la salud, etc.) (27).

Dunkle y Cart sostienen que la clave para resolver esta cuestión radica en el involucramiento familiar en el proceso, tanto en las primeras etapas como en los momentos posteriores a la adaptación, lo que garantizaría una mayor calidad institucional y una menor disminución del abanico de estímulos posibles (13).

¿Por qué psicogeriatría en las instituciones geriátricas?

Las instituciones geriátricas tradicionalmente pusieron el énfasis en el manejo y control de enfermedades físicas invalidantes como ser la artritis, el cáncer o las enfermedades cardíacas; de hecho su arquitectura, sus modelos de cuidado y su perfil epidemiológico recuerdan al hospital general.

Un análisis actual de la población residente en las instituciones permite rápidamente llegar a la conclusión que es fundamental el desarrollo de la psiquiatría orientada a resolver los desórdenes más frecuentes que allí tienen lugar.

Numerosos trabajos documentan la altísima prevalencia de patología psiquiátrica en los hogares geriátricos; la demencia, los desórdenes afectivos, los trastornos del sueño, los síntomas conductuales y la agitación contribuyen de manera significativa en la morbilidad de las personas que habitan estas facilidades.

Tariot sostiene que el 90% de los residentes en instituciones presenta al menos una forma de desorden conductual; Kemper y Murtaugh plantean que después de haber alcanzado los 85 años de edad el riesgo de ser admitido en un geriátrico excede el 40% (24, 37). Kim informó una prevalencia del 80.2% de desordenes mentales en personas recientemente admitidas en una cadena de geriátricos de los Estados Unidos (23).

En un trabajo realizado con 920 ancianos japoneses que viven en instituciones, comparados con 1153 que viven en la comunidad Horiguchi e Inami hallaron que el porcentaje de depresión de los institucionalizados es del 26%, contra un 15% de los que viven en la comunidad (21).

Un estudio realizado por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos halló que la prevalencia de la depresión en los ancianos institucionalizados es del 27%, cifra que más o menos es la misma encontrada en trabajos realizados en otros países (20).

En la mayor parte de los estudios consultados existe un acuerdo en que el desorden psiquiátrico más común en las instituciones geriátricas es la demencia con un predominio que varía entre el 50% y el 75% según los diferentes autores (1, 22, 30, 31).

A pesar de la fuerza de estos datos el despliegue de la psiquiatría en las instituciones geriátricas se fue dando de manera lenta y gradual; podemos conjeturar que el despacioso avance de la especialidad en ese ámbito puede deberse a los prejuicios que la patología mental acarrea desde siempre y en este caso dichos prejuicios se potenciaron asociándose a los prejuicios contra la vejez.

Salvarezza plantea que de todos los prejuicios contra la vejez el más peligroso es aquel que impiadosamente equipara *viejo* con *enfermo*; considerar a la vejez un problema médico genera un condicionamiento de las actitudes de los otros hacia los viejos y de los viejos hacia sí mismos (33).

Al prejuicio de igualar vejez con enfermedad podemos asociar su contracara que correspondería a no tratar las patologías psiquiátricas de la ancianidad por considerarlas parte constitutiva del proceso normal de envejecimiento (vejez = demencia + depresión), con la consiguiente disminución en la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades.

Las instituciones geriátricas constituyen un espacio fértil que podría llegar a facilitar el desarrollo de cualquiera de los dos prejuicios anteriormente mencionados con su pesada carga de discriminación, deterioro y estigmatización.

El rol del psicogeriatra en la institución geriátrica

La Asociación de Psiquiatras Norteamericanos publicó, en el año 2000, un manual de prácticas psiquiátricas en instituciones geriátricas; allí se define el rol o las funciones del médico psiquiatra en ese contexto (20):

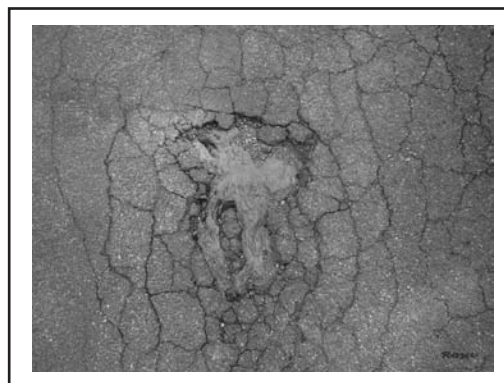
- **Realizar diagnósticos certeros y detallados de las patologías prevalentes:** es muy común de observar que los huéspedes enfermos permanezcan institucionalizados por años sin un diagnóstico que permita un adecuado tratamiento con la consiguiente mejora en la calidad de vida. Muchas veces los tratamientos se organizan alrededor de comportamientos

disruptivos que molestan al personal o a la institución, planteando un enfoque reduccionista y empobrecedor de la cuestión.

- **Evaluar los factores médicos, psicológicos y sociales que afectan el funcionamiento de los huéspedes:** los aspectos médicos del asunto deben estar asociados a la intervención psicológica y a las variables sociales que son las que en la mayoría de los casos definen los modelos de mediación.
- **Aplicar conocimientos especializados en la utilización de psicofármacos en este grupo etareo:** incluyendo las variables de eficacia, efectos adversos e interacciones con otras medicaciones: la condición de "ancianos frágiles" de la mayoría de los huéspedes hace necesaria una gran prudencia a la hora de establecer los tratamientos farmacológicos específicos.
- **Confeccionar historias clínicas adecuadas a cada situación evaluada:** el registro y la documentación de las distintas situaciones debe ser la regla y no la excepción
- **Elaborar tratamientos integrados y complementarios trabajando con el médico de cabecera así como con los otros miembros del equipo tratante:** el trabajo en equipo permite ampliar el espectro de posibilidades de los pacientes y sus familias.
- **Educar y sostener a las familias, al médico de cabecera y al equipo de la institución:** por su formación humanística es el psiquiatra el encargado de educar al equipo de la institución y de entrevistar a los diferentes grupos familiares reduciendo la transmisión de mitos acerca del envejecimiento, la enfermedad mental, las medicaciones psiquiátricas y la institucionalización.

El trabajo en la institución geriátrica constituye una excelente oportunidad para aquellos interesados en adentrarse o investigar aquello que podemos llamar "el oficio del psicogeriatra", entendiendo por tal al arte y a la ciencia de acompañar a los diferentes modelos de envejecimiento y a sus familias con intervenciones que apelen a la "imaginación gerontológica".

Ferraro define a la "imaginación gerontológica" como la matriz disciplinar que engloba a las estructuras biológicas, sociales y conductuales que influyen el



envejecimiento en sus diferentes etapas y matices; el psicogeriatra en la institución deberá concentrarse en aquellos modelos de envejecimiento atravesados por procesos de enfermedad (demencia-depresión) y de migración traumática (mudarse a una institución) (17).

La psiquiatría se desarrollara entonces en un contexto particular, y es en ese espacio donde tendrá que definir su identidad relacionándose con un grupo de personas (huéspedes/pacientes) que también se encuentran en busca de sentido para transitar una etapa vital cercana al final.

La identidad del psiquiatra institucional estará delimitada por las coordenadas que surgen de la síntesis entre el oficio y la profesión o entre la ciencia y el arte apelando a todos aquellos elementos que puedan auxiliarlo en el proceso de establecimiento de un marco de trabajo que resuma los aportes anteriormente mencionados en un modelo de complejidad creciente que transforme a la institución en una tierra de oportunidades.

Medicación si, medicalización no. El (o) caso de las contenciones físicas

Es de fundamental importancia instalar la comprensión de que el hogar geriátrico debe ser pensado como un espacio destinado a vivir y no como un hospital donde la vida de las personas inevitablemente debe pasar por variables médicas que terminan condicionando la existencia del ser humano.

No pretendemos con esto negar la importancia de otorgar adecuada atención a aquellos que la necesiten pero si queremos advertir contra la tendencia a hacer pasar la vida de los viejos institucionalizados casi exclusivamente por todo tipo de intervenciones médicas quedando definido así un campo de complejidad creciente donde en muchas ocasiones la biomedicalización de la vida diaria se da de manera casi natural.

Frente a esta situación la propuesta esta relacionada con acompañar la singularidad de la vida de cada huésped con intervenciones mínimas tratando de garantizar un envejecimiento libre de médicos y psiquiatras salvo casos de absoluta necesidad.

Este acompañamiento se da de varias maneras, una de ellas es monitoreando que los huéspedes no reciban medicaciones innecesarias, entendiendo por medicaciones innecesarias a todas aquellas que:

- Sean utilizadas en una dosificación excesiva o exagerada.
- Sean utilizadas un lapso de tiempo excesivo sin haberse intentado una estrategia de disminución o discontinuación.
- Sea utilizada sin un adecuado control de los efectos adversos.
- Sea utilizada sin las adecuadas indicaciones para su uso.
- Sea utilizada aun en la presencia de efectos adversos.

Podemos decir entonces que una de las habilidades básicas del psicogeriatra debe ser saber en que casos no es conveniente recurrir a los psicofármacos o cuando es necesario discontinuarlos.

Estas capacidades también deberán ser utilizadas en referencia a las contenciones físicas y a sus diversas apli-

caciones; no se nos escapa que existen situaciones en donde una contención física bien indicada claramente evita un mal mayor al prevenir una caída de imprevisibles consecuencias o una sobredosis de psicofármacos que a la larga no hacen mas que agravar el cuadro subyacente. Pero es importante puntualizar que estos hechos no deben ser entendidos como una justificación para no problematizar estas intervenciones con sus múltiples consecuencias.

En 1977 la encuesta nacional de hogares geriátricos de los Estados Unidos arrojó que el 25% de 1.3 millones de personas recibía algún tipo de contención física en las instituciones geriátricas; en la mayoría de esos casos las contenciones físicas estaban asociadas a intervenciones farmacológicas utilizadas, casi exclusivamente, con fines disciplinarios (14, 36).

Hoy sabemos que la restricción física causa neumonía por aspiración, obstrucciones circulatorias, lesiones en piel, deshidratación, pérdida de apetito, contracturas, pudiendo llegar a provocar la muerte accidental por asfixia; desde el punto de vista fisiológico y bioquímico encontramos alteraciones en el metabolismo basal, hipotensión ortostática, edemas, decrecimiento de la masa muscular, úlceras por presión, etcétera (36).

El intento de contener a un anciano delirante y con síntomas conductuales muchas veces produce un claro aumento de aquellos síntomas que supuestamente se busca hacer desaparecer, o al menos disminuir; Strumpf y Evans enumeran las reacciones que estas maniobras provocan en los afectados, mas allá (o mas acá) de su nivel cognitivo: enojo, pánico, sensación de abandono, depresión y disminución de la autoestima (14).

El perfil del viejo/a que más habitualmente es contenido corresponde a un anciano frágil física y/o psiquiátricamente, mayor de 85 años, con tendencia a sufrir caídas y estados confusionales; varios autores acuerdan enfáticamente en que la contención física prolongada contribuye decisivamente en aumentar la fragilidad y todos los niveles de deterioro (1, 11, 13, 36).

El camino que conduce a la reducción en las contenciones es largo e implica medidas como aumentar la cantidad de personal a cargo de los huéspedes más complejos, personalizar los cuidados, educar de manera continua de los cuidadores (y a los médicos), trabajar en equipo y propender a hacerlo con modelos multidisciplinarios, promover la participación de la familia y practicar un estricto control del funcionamiento del sistema.

También contribuye a mejorar la situación la confección de protocolos sistematizados en donde consten claramente los pasos a seguir frente a las situaciones conflictivas que puedan suceder en el devenir diario de la institución.

Pero más allá de estos hechos es imprescindible estar alerta frente a aquellas contenciones que tal vez representen uno de los puntos mas complejos de la especialidad psiquiátrica, donde es fundamental siempre tener claro los derechos del residente-paciente para no entrar en escenarios que quizás pueden haber tenido algún sentido en la prehistoria de nuestra especialidad pero que hoy carecen totalmente del menor asidero médico, moral o humano y deben ser denunciados sin dudas o demoras por el psicogeriatra formado y responsable.

Manos a la OBRA

El Congreso de los Estados Unidos ordenó un estudio a mediados de la década del ochenta al Instituto Nacional de Medicina de dicho país con el objeto de evaluar la calidad de atención en las instituciones geriátricas. El resultado de ese estudio fue la reforma de los hogares geriátricos que se conoce como Omnibus Reconciliation Act de 1987 (OBRA-1987); una parte central de esa reforma constituyó la referida a los cambios en la atención de los residentes con problemas psiquiátricos (20).

Un elemento fundamental del modelo es la entrevista de admisión previa a la institucionalización de todos los ancianos que presentan síntomas psiquiátricos, son portadores de un diagnóstico de enfermedad mental, reciben medicación psiquiátrica o presentan algún tipo de declive cognitivo. El objetivo de la entrevista es doble, por un lado determinar si la institucionalización es necesaria de acuerdo a las necesidades del paciente y por el otro definir cuales son las necesidades especiales en referencia a sus síntomas que el huésped requiere para una adecuada atención.

Esta entrevista se repite anualmente para garantizar que el huésped reciba la atención psiquiátrica especializada en función de sus síntomas; el equipo de la institución también puede solicitar una entrevista de evaluación para aquellos que no tengan una historia de patología mental pero que hayan desarrollado síntomas psiquiátricos después de la institucionalización.

Cada institución tiene la obligación y la responsabilidad de llevar adelante las recomendaciones que surgen de la entrevista y dicho proceso es registrado y documentado de manera sistemática. La implementación de estas regulaciones tuvieron un efecto muy significativo en la manera de prescribir de las instituciones: un estudio llevado a cabo por Garrard demostró que antes de que el OBRA fuera implementado el 23% de los residentes recibía antipsicóticos, ese número disminuyó luego de la aplicación del programa al 15% (30).

También el programa tuvo un fuerte impacto tanto en la reducción de las contenciones físicas como en la sistematización de los motivos o las causas por las cuales las mismas pueden ser aconsejables como medidas de protección y no como elementos de disciplina o por conveniencia del personal.

Finkel desarrolla una mirada crítica sobre estas cuestiones ya que sostiene que en los Estados Unidos los médicos deben justificar la prescripción de antipsicóticos basándose en el DSM IV, sin tener en cuenta cuestiones fundamentales como la educación del personal médico en los temas específicos de la vejez. Como resultado de esta situación el autor sostiene que algunos pacientes se han visto privados de recibir el tratamiento requerido debido a dificultades asociadas a temas legales (18).

Más allá de las polémicas el tema OBRA puede servir para estimular las reflexiones en torno a los aspectos farmacológicos y su aplicación en las instituciones geriátricas, teniendo en cuenta no solo los aspectos regulatorios del tema sino también los relacionados con una adecuada actualización de los médicos y del personal de las instituciones teniendo en cuenta las contradicciones de la contención a través de los psicofármacos.

Síndrome de Adaptación al Geriátrico (SAG), Demencia y Depresión en la institución

1. Síndrome de Adaptación al Geriátrico (SAG): entendemos por SAG al conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que un viejo sabe que será institucionalizado o a partir de la institucionalización propiamente dicha; los mismos se expresan como elementos nuevos o como la exacerbación de aquellos síntomas preexistentes. Podemos agrupar los síntomas de la siguiente manera: trastornos del sueño, trastornos en la alimentación, trastornos del humor (tristeza, labilidad afectiva, ideas de suicidio), alteraciones de la conducta (agresividad verbal y/o física, deambulación constante, resistencia a aceptar los cuidados, apatía, inactividad, incontinencia de esfínteres, etc.), reacciones delirantes (generalmente paranoides), desorientación temporoespacial, ansiedad y quejas somáticas. La bibliografía consigna un elevado porcentaje de fallecimientos acaecidos durante el transcurso del primer año de institucionalización en los geriátricos; este dato nos alerta acerca de la complejidad que reviste la transición entre la vida civil y la vida "institucional" y como se pueden desplegar y hasta cronificar los síntomas anteriormente descriptos definiendo el futuro vital del anciano/a involucrados (26).

2. Demencia: ya dijimos que la demencia es el desorden psiquiátrico más común en las instituciones geriátricas, a ella debemos asociarle el síndrome confusional o delirium que se instala con mayor frecuencia en los ancianos más vulnerables. Katz plantea que la causa de delirium más habitual en las instituciones es la intoxicación por psicofármacos utilizados para tratar los diferentes desórdenes; debemos tener en cuenta que generalmente estos cuadros cursan con alucinaciones, delirios y depresiones, lo que complica más aun la perspectiva (37).

Dentro del gran cortejo sintomático que ofrecen los síndromes demenciales debemos poner en primer plano a los desórdenes de la conducta como ser vagabundeo, insomnio, gritos, agitación, agresividad física, etcétera. Es importante recordar que los síntomas anteriormente mencionados pueden ser secundarios a enfermedades clínicas no diagnosticadas (neoplasias), infecciones (urinaria), dolor físico (fractura de cadera que pasó desapercibida), constipación, efectos adversos de drogas, privación sensorial (falta de estímulos o estímulos exagerados), etcétera.

Merece ser destacada la apatía con su componente de inactividad y desconexión del medio, que a pesar de llamar menos la atención del personal y de los profesionales produce un gran déficit en la socialización del huésped (25). Es de fundamental importancia la caracterización de estos síntomas planteada por Cohen-Mansfield, ya que esta autora jerarquiza las modificaciones contextuales en el desarrollo y en el tratamiento de los desórdenes de la conducta, otorgando un lugar central a todas las intervenciones no farmacológicas destinadas a restaurar el equilibrio del ecosistema institucional. Cohen-Mansfield plantea que los problemas conductuales en los pacientes dementes presentan cuatro modelos diferentes que el clínico debe conocer para

poder operar efectivamente en la resolución o en la mejoría de los mismos (7, 8, 9,10):

a- Modelo del impacto directo de la demencia: los problemas conductuales se deben a los cambios patofisiológicos que se producen en el cerebro o a el deterioro orgánico cerebral.

b- Modelo de las necesidades insatisfechas: la persona demente presenta una capacidad disminuida o directamente una incapacidad total para satisfacer sus necesidades básicas o para comunicarla a los otros (dolor, incomodidad física, demasiados estímulos, escasos estímulos, etc.); ese hecho se manifiesta en los variados síntomas psiquiátricos que tienen como eje a la agitación.

c- Modelo conductual: de acuerdo a este paradigma los problemas conductuales son reforzados por los cuidadores que se ocupan de los huéspedes dementes cuando se instala un síntoma comportamental.

d- Modelo de la vulnerabilidad ambiental: el proceso demencial genera una gran sensibilidad al contexto por lo que un estímulo que puede ser apropiado para una persona cognitivamente intacta muchas veces resulta exagerado en aquella persona que padece algún tipo de deterioro cognitivo.

Es necesario aclarar que los modelos anteriormente descriptos no son mutuamente excluyentes sino que son interactivos con lo que aumenta notablemente la dificultad para definir estrategias para controlar la desorganización del demente.

En la actualidad las instituciones geriátricas se han convertido en el espacio por excelencia para el despliegue y el desarrollo de estos comportamientos; podemos afirmar que son el principal motivo de institucionalización no sólo geriátrica sino que en un gran número de casos es necesario primero pensar en una internación psiquiátrica para controlarlos. Su frecuencia y las dificultades que conlleva su manejo obligan a replantearse los modelos de atención de estos pacientes.

3. Depresión: Rojano Capilla, Calcedo Barba y colaboradores, sostienen que la edad colorea de manera especial las manifestaciones clínicas de la depresión en el anciano y estas adquieren una cierta singularidad (29); se manifiestan en un organismo más deteriorado, en ocasiones se dan en un sustrato lesional orgánico cerebral, existen muchas patologías clínicas que cursan con trastornos del ánimo y la iatrogenia farmacológica puede también ser inductora de cuadros depresivos.

El mapa se completa con los problemas ambientales de muchas residencias con su característica monotonía, su aislamiento y su disminución del soporte social. Ashby y Catz encontraron que los cuadros depresivos están asociados con un incremento en la morbilidad geriátrica, recomendando estudiar la relación entre depresión, discapacidad física y enfermedad (2, 3, 4, 6, 39). Spar y La Rue plantean que los ancianos deprimidos, en la mayor parte de los casos, presentan trastornos del sueño, disminución del apetito, mengua de la energía, dificultades en la memoria y en la concentración y

quejas somáticas (34). En cambio, Blazer sostiene que la disminución en la autoestima y la culpa se observan con menos frecuencia en este grupo que en otros (2).

Tenemos que tener en cuenta la advertencia de Vazquez y Loyoza cuando plantean que los trastornos psicológicos en los ancianos siempre deben contemplarse desde una perspectiva biopsicosocial para poder evaluar y comprender de un modo integrador las emociones, conductas y cogniciones de una persona anciana deprimida (39).

La situación en la Argentina

La situación en nuestro país dista bastante de lo ideal aunque en los últimos tiempos se están observando algunos cambios alentadores en el manejo de estas cuestiones en las instituciones; hace algunos años la inserción del psiquiatra en el geriátrico era la excepción mientras que en la actualidad se puede observar que es la misma familia quien exige la presencia del profesional como condición para definir la elección del lugar para su familiar.

Estos cambios vienen de la mano y están relacionados con las modificaciones fundamentales en la formación del médico psiquiatra poniendo énfasis en las cuestiones psicogerítricas que, de manera incomprensible, están fuera de la curricula de la carrera de especialista a pesar de repetidos intentos de tratar de cambiar este hecho.

Además de las modificaciones en el entrenamiento médico también es necesario un cambio por parte del profesional en la aproximación a la vejez y sus singularidades; es común observar un cierto desinterés en la atención de los ancianos y una preferencia dirigida hacia otros grupos etareos y sus correspondientes patologías.

Debemos tener en claro que para enfrentar al envejecimiento de los otros es necesario elaborar mínimamente cuestiones referidas al efecto del paso del tiempo en la propia vida, con sus cambios y reacomodamientos que no siempre son fáciles de aceptar y entender.

El geriátrico nos enfrenta no sólo a la patología y al envejecimiento de nuestro paciente sino a los múltiples envejecimientos y a las patologías del resto de los huéspedes que enmarcan un contexto en el que no es fácil moverse sin las coordenadas que otorgan la formación y la comprensión del efecto del devenir.

Justo es reconocer que el profesional que recorra estos caminos no sólo se encontrará con diferentes modelos de envejecimiento sino que también lo estará esperando el deterioro y la incapacidad con sus desafíos e incertidumbres; es aquí especialmente donde a las habilidades que otorga el modelo médico será necesario agregar la profundidad de la comprensión psicodinámica, la complejidad de la mirada social y el conocimiento de las cuestiones antropológicas para poder significar de manera completa el mundo propio de aquellos que de alguna manera viven fuera del mundo de todos los días enfrentando las luces y las sombras que les propone la institución total ■

Referencias bibliográficas

1. Birkett P. *Psychiatry in the nursing home*. The Haworth Press, New York, 1991.
2. Blazer D. Depression. En Maddox G: *The Encyclopedia of Aging*. Springer Publishing Company, New York, 1995. Pag. 265-267.
3. Blazer D, Koenig H. Mood Disorders. En: Busse E, Blazer D: *Textbook of Geriatric Psychiatry*. The American Psychiatric Press, Washington, 1996, pp. 235-264.
4. Borson S, Fletcher P. Mood Disorders. En: Reichman W., Katz I. (Eds.): *Psychiatric Care in the Nursing Home*. Oxford University Press, 1996, pp. 67-93.
5. Buendía J, Riquelme A. Envejecimiento y Depresión. En: Buendía J., (Comp.): *Envejecimiento y psicología de la salud*. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 1994, pp. 219-234.
6. Buendía J, Riquelme A. La experiencia depresiva en residencias geriátricas. En Salvarezza L: *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1998, pp. 355-378.
7. Cohen-Mansfield J. Agitation in the Elderly: Definitional and Theoretical Conceptualizations. En Hay D., Klein D., et al: *Agitation in Patients With Dementia*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, 2003, pp. 1-22.
8. Cohen-Mansfield J, Billing N. Agitated behaviors in the elderly, I: a conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 1986, Nro. 34: 711-721.
9. Cohen-Mansfield J: Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary and Critique. *FOCUS* 2004, Vol. II, Nro. 2: 288-308.
10. Cohen-Mansfield J: Temporal Patterns of Agitation in Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007, Vol. 15, Nro. 5: 395-405.
11. Cheong J: A Evidence-based Approach to the Management of Agitation in the Geriatric Patient. *FOCUS* 2004, Vol. II, Nro. 2: 197-205.
12. De La Serna de Pedro I. *Manual de psicogeriatría clínica*. Ed. Masson, Barcelona, 2000.
13. Dunkle R, Kart C. Long-term care. En: Ferraro K: *Gerontology. Perspectives and Issues*. Springer Publishing Company, New York, 1997, Pag. 221-243.
14. Evans L, Strumpf N. Redefining a Standard of care for frail elderly people: alternatives to routine physical restraint. En: Katz I: *Advances in long-term care*. Springer Publishing Company, New York, 1991, pp. 221-234.
15. Fernandez P, Fuentes M. La influencia de las interacciones sociales en el dominio del esquema de probabilidades en la vejez. Un modelo causal. *Boletín de Psicología* 1991, Nro. 31: 97-108.
16. Fernandez-Ballesteros R, Zamarron M. Vivir en una residencia: algunas expectativas. En: Salvarezza L: *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1998, pp. 333-354.
17. Ferraro K. The Gerontological Imagination. En: Ferraro K: *Gerontology. Perspectives and Issues*. Springer Publishing Company, New York, 1997, pp. 3-18.
18. Finkel S: Psychogeriatrics, Nursing Homes and Lawsuits. *International Psychogeriatrics* 1997, Vol 9, Nro. 2: 109-114.
19. Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
20. Greene J. *Manual of nursing home practice for psychiatrists*. American Psychiatric Association, Washington, 2000.
21. Horiguchi J, Inami Y. A survey of the living conditions and psychological status of elderly people admitted to nursing homes in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 1991, Nro. 83: 338-34.
22. Juninger J, Phelan E, Cherry K, Levy J. Prevalence of Psychopathology in Elderly Persons in Nursing Homes and in the Community. *Hospital and Community Psychiatry* 1993, Vol. 44, Nro. 4: 381-3.
23. Kim E, Rovner B. The Nursing Home as a Psychiatric Hospital. En: Reichman W., Katz I (Eds.): *Psychiatric Care in the Nursing Home*. Oxford University Press, New York, 1996, pp. 3-9.
24. Loebel P, Borson S, Hyde T., Donaldson D et al. Relationships Between Requests for Psychiatric Consultations and Psychiatric Diagnoses in Long-Term Care Facilities. *Am J Psychiatry* 1991, Nro. 7: 898-903.
25. Lyketsos C. Apathy and Agitation: Challenges and Futures Directions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007, Vol. 15, Nro. 5: 361-363.
26. Matusevich D, Szulik J. Síndrome de adaptación al geriátrico. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría* 1997, Vol. VIII, Nro. 29: 181-187.
27. Matusevich D. La muerte social como destino posible en la vejez. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1996, Vol. 42, Nro. 3: 212-215.
28. Quadagno J. *Aging and the Life Course. An Introduction to Social Gerontology*. Mc Graw Hill, New York, 2002.
29. Rojano Capilla P, Calcedo Barba A, Losantos Pascual R, Calcedo Ordoniez A. Trastornos depresivos en una residencia geriátrica. *Anales de Psiquiatría* 1992, Vol. 8, Nro. 5: 176-181.
30. Reichman W, Coiné A, Borson S, Negron A, Rovner K et al. Psychiatric Consultation in the Nursing Home: Survey of Six States. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998, Nro. 6: 320-327.
31. Rovner B, Katz I. Neuropsychiatry in the nursing home. En: Coffey C., Cummings J: *The American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, 1994, pp. 683-694.
32. Sakauye K, Camp C. Introducing psychiatric care into nursing homes. *Gerontologist* 1992, 32: 849-852.
33. Salvarezza L. La gerontología y la medicina. En: Salvarezza L: *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1998, pp. 167-190.
34. Spar J, La Rue A. *Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, 1990.
35. Schooler C. Psychological effects of complex environments during the life span: a review and theory. En: Schooler C., Schaie: *Cognitive functioning and social structure over the life course*. Ablex Publishing Corporation, New Jersey, 1987.
36. Streim J. Unique Tools of the Trade: Nursing Home and Research in Geriatric Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005, Vol. 13, 5: 437-440.
37. Tariot P. General Approaches to Behavioral Disturbances. En: Reichman W., Katz I: *Psychiatric Care in the Nursing Home*. Oxford University Press, New York, 1996, pp. 10-22.
38. Tobin S, Lieberman M. *The last home for the aged*. Jossey Bass, San Francisco, 1976.
39. Vazquez C, Lozoya G. Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad. En: Buendía J., (Comp.): *Envejecimiento y psicología de la salud*. Siglo veintiuno de España Editores, S.A., 1994, pp. 247-278.

Entrevista a Mónica Roque Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores

por Daniel Matusевич y Fabián Triskier

Vertex: ¿Cómo fue que llegó a la gerontología?

Roque: En realidad fueron todas casualidades de la vida... Yo estudié Medicina y me recibí de médica en Córdoba. Fui a hacer la residencia en Medicina General en Jujuy y me gustó mucho todo lo que se refiere a la dimensión social de la medicina. Luego vine a La Plata a trabajar.

En el año 1993 tuve la posibilidad de hacer una Maestría en Gerontología. Fue en ese momento que conocí la especialidad, me enamoré y nunca más la dejé. Era una maestría que organizó en Buenos Aires la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y el PAMI. Fue la única camada que la cursó. Era totalmente gratuita, la financió el PAMI y luego no se volvió a realizar por motivos económicos.

Vertex: ¿El PAMI lo hacía con algún propósito especial?

Roque: No, coincidió con un momento en el que se hacía formación en gerontología. En Argentina ha habido instancias no sistemáticas de formación gerontológica. De hecho hay gerontopsiquiatras aunque son escasos. Argentina, respecto de Latinoamérica, es uno de los lugares de mayor formación, más allá de la crisis que tenemos en este momento, porque ha explotado demográficamente la población de adultos mayores. Siempre ha habido períodos de formación. El PAMI tuvo muchas instancias de formación gerontológica a lo largo de los años, la que yo hice fue una de ellas.

Vertex: ¿Y cómo fue que llegó a la función pública?

Roque: Toda mi vida, desde que ingresé a la carrera de medicina, quise trabajar en el Estado. Fue una decisión. Para mí el Estado podía ser el hospital público, en el que trabajé cuando hice la residencia; los centros de atención primaria, en los que trabajé cuando vine de Jujuy como coordinadora del área programática... Hay una decisión de trabajar en el Estado. Cuando terminé la Maestría en Gerontología, que estaba referida fundamentalmente a los servicios públicos, aún cuando tenía un componente fuerte de la seguridad social porque lo financiaba el PAMI, fui convocada por la que entonces era la Secretaría de Desarrollo Social. Se realizó una convocatoria a quienes habíamos obtenido los mejores promedios para trabajar en lo que en ese momento era la Subsecretaría de Tercera Edad de la Nación. Fuimos sólo veinte los que nos recibimos y todos tuvimos variadas ofertas laborales. Yo podría haberme dedicado a la salud, ya que también tuve una oferta interesante, pero me entusiasmo trabajar en la Subsecretaría de Tercera Edad y ahí, en el año 1994, comencé mi carrera gerontológica.

Vertex: Dentro de este gran tema que es la gerontología ¿qué es lo que le interesó puntualmente? Porque tal vez sus intereses fueron cambiando... ¿Continuó siendo lo social, cómo mencionó antes?

Roque: Sí, la gerontología es una disciplina social. Ya que yo siempre tuve amor por lo social, obviamente la gerontología era lo que más me atraía; no así la geriatría, por ejemplo, que es la rama de la medicina que se ocupa de las patologías o del proceso de enfermar en los adultos mayores. Por lo tanto la gerontología, lo social, las políticas sociales, el poder pensar en un paradigma de vejez diferente, el poder sentir que todos somos sujetos de derecho y que no por una cuestión de edad se los tiene que perder, la lucha en ese paradigma es lo que más me motiva hasta el día de hoy. Cuando hablo de lo social no me refiero solamente a las personas carenciadas, por quienes sin duda tengo una vocación especial: el trabajar para y con los que menos recursos tienen para poder reestablecer una situación de equidad. Lo social es mucho más amplio. La exclusión de los adultos mayores no es sólo una cuestión económica. Tiene que ver con una sociedad que valora el paradigma del "todo ya", como en las propagandas de televisión, o el paradigma de la juventud, la belleza y la anorexia, como estamos viendo ahora y que excluye a las personas mayores por el solo hecho de ser mayores. Los mayores cuando se jubilan pierden un rol que es el del trabajo, pero encuentran otros, la confusión es creer que porque pierden un rol, o se jubilan, pierden todo o se jubilan de la vida. Lo interesante o lo importante es que a medida que crecemos y envejecemos vamos cambiando roles, (hijos, madres, profesionales, militantes, voluntarios, trabajadores, abuelos, etc.) y la flexibilidad para aceptarlos, y que la sociedad también los acepte, nos permite sentirnos bien con nosotros mismos, e integrados en la sociedad.

Vertex: Coincidimos en que peor que ser viejo es ser viejo y pobre... ¿no?

Roque: Peor que ser viejo es ser viejo pobre, y peor ser pobre y vieja.

Vertex: ¿La cuestión de género es muy importante?

Roque: Sí, y si sos mujer, sos vieja, tenés alguna discapacidad, sos pobre y llegás a ser aborigen, estás sonada...

Vertex: ¿Cuándo se creó la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores?

Roque: Con ese nombre, en el 2002. Anteriormente había una Dirección de Tercera Edad. Fue cambiando de nombre. En realidad el nombre fue toda una

pelea. Inicialmente, en lo personal, yo sentía que mientras se hiciera lo que había que hacer no importaba tanto el nombre. No me importaba si se llamaba "Integración Social" y trabajaba el tema gerontológico. En el año 2002 cambié de idea: o tenía una Dirección que se llamara "Adultos Mayores" o no me interesaba tener ninguna Dirección. Me di cuenta, en contra de lo que pensaba antes, que el nombre significa muchísimo. Las palabras tienen un significado, el cómo nombramos a las cosas no es indiferente a nuestro hacer.

Vertex: ¿Cuáles serían las áreas o los objetivos fundamentales de la Dirección?

Roque: Nosotros coordinamos a nivel nacional las políticas gerontológicas con las Direcciones de Tercera Edad provinciales.

Vertex: ¿Todas las provincias tienen una Dirección de Adultos Mayores?

Roque: No, no todas tienen una Dirección provincial, pero sí todas tienen un área, que puede ser una Jefatura de Departamento, encargada de la temática de la Tercera Edad. Por ejemplo, Salta tiene una Secretaría de Estado, la Secretaría de los Mayores, Formosa tiene una Dirección Provincial de la Tercera Edad, y La Pampa tiene la Coordinación de Adultos Mayores.

Vertex: ¿Todas dependen de Desarrollo Social?

Roque: Sí, en general hoy dependen de Desarrollo Social. Hace unos años atrás, en el '94, '95, en general las áreas sociales dependían de los Ministerios de Salud, pero ha habido un avance en nuestro país y las áreas sociales pudieron independizarse, en su gran mayoría, de los Ministerios de Salud y obtener su propia estructura. Hoy por hoy prácticamente todas dependen de las áreas sociales.

Vertex: Además del rol de coordinación ¿qué otras acciones desarrollan desde su Dirección?

Roque: Entre otros tenemos un Programa de Cuidadores Domiciliarios que ya tiene once años de existencia.

Vertex: ¿Es de alcance nacional?

Roque: Todos los programas que tenemos son nacionales. El Programa de Cuidadores Domiciliarios, ahora cuenta con un fuerte impulso, por parte de nuestra ministra, la Dra. Alicia Kirchner, y de la Secretaría Nacional de la que dependemos, la Lic. Paola Vessvessian. Se ha firmado un convenio entre el Ministerio de Trabajo, el de Desarrollo Social y el PAMI, para capacitar a quienes perciben los planes Jefas y Jefes, y ahora también el Seguro de Desempleo. Nosotros los formamos y PAMI los contrata. En realidad, un cuidador bien formado es una persona que hoy consigue trabajo en el mercado privado, nos cuesta mucho retenerlos en el sistema público.

Vertex: ¿Cuánta gente se encuentra capacitándose en la actualidad?

Roque: Nosotros formamos 3.000 cuidadores por año.

Vertex: ¿Cuidadores o cuidadoras?

Roque: Y... la mayoría son mujeres, no nos olvidemos que el arte de cuidar ha sido asignado en esta cultura machista a la mujer, así que... pero hay solamente algunos cuidadores varones. Afortunadamente los hay porque son muy solicitados.

Vertex: ¿Cuál es el rol de PAMI?

Roque: El PAMI es el principal contratador. No se olviden que el PAMI tiene más de 3.000.000 de adultos mayores afiliados a su sistema.

Vertex: Equivale a la población de un país...

Roque: Efectivamente es como toda la población de Uruguay, por poner un ejemplo.

Vertex: ¿Nación interviene en la política de asignación de cuidadores del PAMI?

Roque: Sí. PAMI tiene una política de asignación de cuidadores que es la siguiente: ellos asignan el dinero a los beneficiarios PAMI, es decir, al adulto mayor, y éste contrata a cualquiera persona, tenga o no tenga formación. Nosotros y el PAMI, queremos revertir esta contratación de cualquiera. ¿Cómo? Estamos en un momento de transición. Nosotros le pagamos el Monotributo social al cuidador formado también por nosotros, y el PAMI los pondría en su listado de cuidadores recomendados para que el adulto mayor los contrate. El PAMI, con la gestión de la Lic. Ocaña tiene un gran compromiso por mejorar su calidad de atención y nosotros colaboramos para que así sea. Es una transición...

Vertex: ¿Y en el caso de los adultos mayores que no tienen PAMI?

Roque: Hay Obras Sociales provinciales que ya lo financian, como la de Chubut. Otras todavía la tienen que incluir, entendiendo que las obras sociales no deberían ser solamente médicas, sino que deberían tener una mirada social, por lo menos en lo que se refiere a la temática de la vejez. Pero es complicado, porque el modelo médico hegemónico hace que el dinero vaya solamente a medicamentos, internaciones...

Vertex: ¿Hay una medicalización del envejecimiento?

Roque: Sí, personalmente pienso que en nuestro país hay una medicalización de todo, pero ese ya es un tema mucho más amplio para analizar. Pero muchas



obras sociales provinciales están cambiando su mirada e incorporaron un recurso como el de los cuidadores. El PROFE, a cargo de la Dra. Susana Mazzarino, del Ministerio de Salud de la Nación, también financia a los cuidadores. Por supuesto, que no los financian las prepagas, pero las prepagas ni siquiera aceptan a un adulto mayor...

Vertex: Con la vejez pasa algo muy particular respecto a la discriminación: la vejez es algo que les pasa a los otros, no algo que le pasa a uno. Uno tiene sus hijos y quiere que vayan al pediatra, los viejos no son de nadie... Lo que ustedes hacen es propiciar que ellos se den cuenta de sus posibilidades.

Roque: Exactamente, porque se tiene asumido que ser viejo es igual a perder los derechos. Mucho más si estás en un geriátrico, que nosotros no llamamos así porque nos parece una palabra medicalizada.

Vertex: ¿El nombre es importante?

Roque: El nombre es muy importante, el nombre significa.

Vertex: ¿Cuál es la diferencia entre un geriátrico y una residencia de larga estadía?

Roque: Para mí es lo mismo, lo que pasa es que el geriátrico es, en el imaginario social, el lugar donde todos los viejos están enfermos y el director del geriátrico es un médico. Nosotros creemos que no tienen que haber geriátricos; porque es una palabra que ya quedó en desuso.

Vertex: Y que tiene que ver con el paradigma de la medicalización del viejo...

Roque: Exactamente.

Vertex: Respecto a las problemáticas de la salud de las personas mayores, ¿cuáles serían las prioritarias? ¿cuales serían deudas pendientes?

Roque: Las patologías de los viejos son las mismas acá o en la China, no hay grandes diferencias. Las primeras causas de morbi-mortalidad son las mismas. Pero cuando le pedimos al Ministerio de Salud esta información y vemos que en nuestro país la quinta causa es la septicemia me dije: "No, no puede ser, volvamos a pedirla, debe haber un error". Las revisaron y nos las devolvieron iguales. Que la septicemia sea una de las cinco causas de morbi-mortalidad es realmente grave. Habla de que algo anda mal en nuestro sistema de salud. Por eso insito: formemos geriatras. Para mí, la gran deuda es que no haya suficientes geriatras, que no haya enfermería geriátrica, que no haya psiquiatras que sepan de geriatría. No hay los suficientes para una población de 5.000.000 de adultos mayores.

Vertex: ¿Cuántos adultos mayores hay en el país?

Roque: De acuerdo a los datos del INDEC del 2001 el 13.4% de la población tiene más de 60 años, son casi 4.900.000. Calculamos que hoy estamos por encima de los cinco millones. En la Ciudad de Buenos Aires es el 22% de la población, en nuestro país la vejez es urbana.

Vertex: ¿Qué porcentaje viven en instituciones?

Roque: Para el censo del 2001 -siempre debemos que tener en cuenta la fuente, porque es la última que tenemos-, había 70.000 personas viviendo en residencias de larga estadía.

Vertex: ¿70.000 de 5.000.000?

Roque: De cuatro millones novecientos sesenta mil. Sí, da el 1.5, que es un número bajo. Nosotros solemos pensar en dos cuestiones: que Argentina es un país contenedor, que sus familias son contenedoras, pero también que, probablemente, estén faltando alternativas. Sabemos que hay muchas personas que no tienen habitación y están viviendo en hospitales. El número de personas que vive en viviendas colectivas es del 2.3%, unas 77.000, viven en hoteles, conventillos, etc.

Vertex: ¿Es decir que el dato nacional estaría dando por debajo del 2% de la población mayor de 60 años viviendo en residencias de larga estadía?

Roque: Exacto.

Vertex: Mucho más bajo que en los Estados Unidos...

Roque: En los Estados Unidos es del 5%. Tiene que ver con una cultura, con que hay mayor oferta... Nosotros no tenemos tanta oferta, sin duda debería ampliarse pero para dependientes, no para autoválidos.

Vertex: ¿Qué es lo que debería definir el ingreso de una persona a una residencia de larga estadía?

Roque: Varias cosas, pero fundamentalmente la fragilidad.

Vertex: "Viejo frágil" no es lo mismo que "anciano enfermo", esa es una muy buena distinción, un muy buen concepto.

Roque: La palabra frágil no significa lo mismo que dependiente y dependiente tampoco es lo mismo que enfermo. Muchas personas que a los 15 o a los 20 años de edad tienen un accidente de automóvil o de motocicleta, quedan con una discapacidad motora, son dependientes para algunas actividades y no están enfermas. Entonces hay que desmitificar, hay que significar las palabras adecuadamente: si es dependiente, si es enfermo o si es frágil.

Vertex: ¿La puerta de entrada inicial a una residencia debería ser fundamentalmente la fragilidad?

Roque: Sí, pero la fragilidad no es solamente física, sino que puede ser social. Nosotros en ese sentido le hemos dado como una vuelta al concepto de fragilidad. ¿Por qué? Porque en toda la bibliografía médica vos tenés la fragilidad motora, y la fragilidad mental. Nosotros trabajamos también con la fragilidad social, porque si tenés una persona de 75 años que es autoválida pero le da miedo vivir sola porque nunca vivió sola y quiere vivir en una institución, para estar acompañada y cuidada, esa persona debería poder decidir. Esto es fundamental: que la persona pueda decidir dónde quiere estar, cómo quiere vivir, cómo quiere envejecer. Por supuesto que en las

residencias estatales, se prioriza la dependencia... Para nosotros, como en el país no hay una oferta suficiente, priorizamos la dependencia y la condición de carenciado, es decir, que no tenga PAMI... si el Estado brinda un servicio tiene que brindarlo prioritariamente para los que menos tienen.

Vertex: De estos 70.000 ¿hay información fiable acerca del número de los que están internados por patología mental o por fragilidad mental?

Roque: Está la ENDI, que es la primer Encuesta Nacional sobre Discapacidad. El censo 2001 agregó tres preguntas por primera vez. Una era acerca de la institucionalización, cuántos adultos mayores estaban institucionalizados, otra sobre población aborígen y otra sobre si vivía o no vivía con una persona con discapacidad. Sobre ese dato se realizó una encuesta, que es la ENDI, que puede cortarse en cualquier franja de edad. Al cortarla en la franja de los 65 años de edad, el 28% presenta alguna discapacidad, y el 6% de adultos mayores presentan discapacidades por motivos de salud mental. No es tan alto; la primera discapacidad es la motora con el 46%, luego le siguen las sensoriales: visuales, 23% y auditivas 22%.

Vertex: ¿Esto entre los 70.000 internados?

Roque: No, no, entre todos los adultos mayores del país.

Vertex: Ahora bien, respecto a los problemas que hay para encontrar lugares que acepten adultos mayores con patología mental...

Roque: Estatales no hay, son privados...

Vertex: ¿Una institución pública no acepta una persona mayor con demencia?

Roque: Las instituciones públicas en nuestro país son los neuropsiquiátricos. Los neuropsiquiátricos hoy no los aceptan por esta tendencia que existe hacia la desinstitucionalización. Me da la sensación de que no se hacen las adecuadas diferencias, que todo es lo mismo, entonces, así como la tendencia es no internar, mucho menos se lo hace con los adultos mayores. Si se necesita ingresar a un adulto mayor en la Capital, en las provincias, donde sea, después de los 60 o 65 años, no lo podés internar, y en este grupo etareo se hace muy necesaria la interacción en gerontopsiquiatría.

Vertex: Es un reglamento no escrito...

Roque: ¡Está escrito! yo pedí las normas. No te los ingresan, tenemos que hacer un lío bárbaro, apelar a si hay algún director amigo por algún lado, realmente, el reglamento escrito es no ingresar.

Vertex: Y desde ya, no existe ninguna institución en el país destinada a la gerontopsiquiatría.

Roque: Hay instituciones privadas, entonces ¿qué hace el PAMI, el PROFE? Paga... la pregunta es: ¿y los que no tienen esas coberturas?

La falta de recursos en el sistema público es grave. Como vino la corriente de no institucionalizar las patologías de la salud mental, pensaron que con los adultos mayores pasaba lo mismo, y es al revés. Todo lo contrario, el adulto mayor que tiene un trastorno

cognitivo moderado o severo, en muchos casos no nos queda otra posibilidad más que internarlo... Nosotros no queremos internar, los argentinos no queremos internar a nuestros padres, somos en ese sentido bastante contenedores... ¡pero un miembro con Alzheimer altera de manera muy significativa la dinámica familiar! Es necesario darle un lugar de contención.

Otro problema es no contar con suficientes residencias para adultos mayores dependientes. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires no cuenta, en las cuatro residencias de larga estadía que tiene, con lugar para dependientes. Nos terminan pidiendo a nosotros que los ingresemos porque ellos definen a las propias como residencias para autoválidos. Esto no es lo aconsejable, porque no tiene porqué estar viviendo un autoválido en una residencia, tiene que estar en su casa y si no la tiene se le debe otorgar un subsidio. Actualmente el Gobierno de la Ciudad lo está haciendo, empezó a dar subsidios para alquileres y eso muy bueno. Al autoválido hay que ayudarlo a vivir autónomamente, no mandarlo a un hogar, eso no tiene sentido. Las residencias de cuidado de larga estadía son para personas frágiles o dependientes o así debería ser. Sólo de esa manera los recursos serán más eficientes.

Vertex: *Cuál es el poder que el Estado tiene en los geriátricos?*

Roque: El Estado nacional no tiene intervención: La intervención es a nivel provincial y municipal, ya sea en su habilitación o en su control. Las áreas de fiscalización de los geriátricos la tienen, en general, los Ministerios de Salud. No es el caso del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en donde corresponde a la Dirección General de Tercera Edad, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano.

Vertex: *¿Cómo caracterizarías el estado de los geriátricos? Hubo cambios después de la catástrofe de Cromañon?*

Roque: Cambiaron las normas de seguridad e influyeron en aquellos que son prestadores de PAMI, o prestadores del Gobierno de la Ciudad, pero no se olviden que hay un buen número de geriátricos que son clandestinos, muchísimos, que no tienen habilitación... y muchísimos otros no cambiaron nada, y van los organismos de contralor y le dan un año de plazo para hacer las reformas y no cambian nada, les imponen una multa, la pagan y siguen igual... A mi criterio hay bastantes deficiencias. Además no se puede cerrar una residencia porque después no hay adonde derivar a los residentes... Es muy complicado. Lo que creo que deberían hacer los gobiernos provinciales, las obras sociales, que son los que contratan, es ayudarlos a obtener un crédito para poder mejorar sus condiciones edilicias. Entonces sí, exigirles que las tengan. Pero no hay que mirar solamente lo edilicio, hay que mirar otras cosas: el trato de todos los días, la capacitación de la gente que trabaja... En ese aspecto el Gobierno de la Ciudad dio un salto muy grande, creo que muy bueno: están acreditando y les exigen acreditación a las personas que trabajan en geriátri-

cos de la Ciudad de Buenos Aires, se está dando un salto cualitativo. No es así en el resto del país. Nosotros acompañamos el cambio, tenemos una línea de trabajo orientada a la capacitación de la gente que trabaja en los hogares y centros de día... es muy importante esa capacitación pero todavía falta mucho.

Vertex: *¿Cuál es tu opinión respecto a la formación en geriatría?*

Roque: Creo que es un error que aún no sea una materia de grado en la carrera de medicina. Es un gran avance que la UBA la haya incluido como materia de grado electiva. No es una materia ni obligatoria, ni optativa, es electiva. Es un avance porque está en el abanico, pero es electiva, esto significa que se puede recibir tanto el que la cursa como el que no la cursa. Debería ser tan obligatoria como pediatría, porque la cantidad de viejos que vamos a tener mañana es igual a la cantidad de niños que tenemos hoy. Sin ninguna duda, esto pasa hoy en Europa. Y después, en las residencias médicas hay 15 cupos para pediatría y uno para geriatría, y eso en las ciudades grandes, porque en las provincias, ni siquiera hay esa oferta.

Vertex: *Tampoco hay tantas personas que quieran seguir geriatría...*

Roque: Porque no hay estímulos. Si cuando se cursa la carrera de medicina o de psicología se pudiera conocer lo que es la geriatría y la gerontología desde un lugar positivo, no desde un lugar negativo, por lo menos se tendría más posibilidades de que haya más alumnos que quieran dedicarse a ellas. Al pasar totalmente desapercibidas dentro de la carrera, son muy pocos los que les interesan.

Vertex: *Y respecto a la gerontopsiquiatría o psicogeriatría...*

Roque: Mucho más.

Vertex: *respecto al maltrato, ¿tienen algún registro respecto al uso indiscriminado de medicamentos?*

Roque: Sí, por supuesto. El uso indiscriminado de los medicamentos es característico en la vejez... Por ejemplo, es notable el desconocimiento respecto a los tiempos de metabolización de los psicofármacos en los adultos mayores entre los profesionales que los tratan.

Vertex: *¿Existen centros de día para adultos mayores con patología mental?*

Roque: Muy poquitos, en general también son privados. Acá en Capital creo que hay solo uno. El tema de la salud mental en los viejos es un tema muy preocupante.

Vertex: *El gobierno ha tenido una política de aumentar el número de personas jubiladas y por otro lado, mejorar la jubilación...*

Roque: Totalmente, nos miran de todos lados como sorprendidos...

Vertex: *¿A qué se refiere cuando dice "nos miran de todas partes"?*

Roque: Nos miran porque nosotros formamos parte de la Red Intergubernamental de Países Latinoamericanos y ven cómo cambió la realidad de la Argentina en estos cuatro años. En el 2003 yo les decía: tengo 5000 pensiones, en el 2004: ahora tenemos 90.000, en el 2005: llegamos a 150.000, en el 2006: ya tengo 250.000, no lo podían creer... Ahora debo decirles: "tenemos 1.200.000 personas más que tienen jubilación y la cobertura previsional pasó del 73% al 90%". Entonces, de alguna manera, los responsables estatales de otros países que no han tenido tan gran desarrollo, quedan absolutamente impactados... Y esto no lo digo yo. Miren los diagnósticos de CEPAL, han colocado a la Argentina como el país con más desarrollo en políticas gerontológicas. Argentina ha hecho durante estos años una gran transformación en este tema. Además, desde nuestra Dirección estamos formando gerontólogos. Firmamos un convenio con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y estamos dictando una carrera de postgrado, una especialización absolutamente gratuita y con un fuerte espíritu federal ¿Por qué con un espíritu federal? Porque hemos priorizado la formación de la gente del interior de nuestro país.

Vertex: *¿Qué número de cursantes tienen en este momento?*

Roque: Empezamos con 300 alumnos, actualmente están cursando 270, sabemos que habrá bajas, pero queremos que queden los mejores, el Estado invierte para promover a los mejores. A los alumnos se les brinda esta oportunidad de especialización de excelente nivel académico, totalmente gratuita, y con una modalidad de cursada semipresencial que les hace posible la participación ■

La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina

Imaginarios y realidades

Adriana Fassio

Licenciada en Sociología, UBA. Magíster en Gerontología Social, UAM. Doctora de la Universidad de Buenos Aires con orientación en Antropología Social. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, MDS.

Profesora regular e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

Pte. Perón 524. Tercer Piso. Ciudad de Buenos Aires.

E-mail: iglefa@movi.com.ar; afassio@senaf.gov.ar

Introducción

En este trabajo nos planteamos una mirada sobre las características de la población adulta mayor institucionalizada en Argentina. Desde el paradigma de derecho, eje de las políticas sociales en las últimas décadas, que fuera reforzado en la propuesta del Plan de Acción de Madrid y la Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción de Madrid para América Latina y el Caribe, la institucionalización de los mayores se encuadra como una de las alternativas de respuesta a la dependencia, en el marco de las estrategias progresivas de atención a lo largo de la vida.

El conocimiento de la opinión de los adultos mayores sobre esta opción, así como la comprensión de las características de la población institucionalizada y la que se encuentra en (situación de calle), como una instancia de carencia de recursos para hacer frente a sus necesidades (vulnerabilidad), abre un espacio de reflexión sobre el diagnóstico necesario para enfrentar escenarios futuros ante el envejecimiento creciente.

Lineamientos internacionales sobre la institucionalización de personas mayores

En el marco de la Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción de Madrid para América Latina y el Caribe (2) y dentro de las áreas prioritarias de acción planteadas, se puede definir que el servicio de internación en residencias de larga estadía opera dos de ellas al mismo tiempo: a) Salud y b) Entornos físicos y sociales favorables.

En lo que respecta a la primera existen vacíos en los países de la región relacionados con un desarrollo limitado de las regulaciones que rigen estas instituciones, así como de una fiscalización sobre el respeto a los derechos de los residentes en dichos contextos; en especial en eje del Objetivo 4 que promueve la "Creación de marcos legales adecuados para la protección de los derechos de la personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo."

Con respecto al Área de creación de un entorno propicio y favorable para los adultos mayores, se contem-

Resumen

La institucionalización, como una alternativa de política sociosanitaria para las personas mayores frágiles, abre diversos interrogantes en relación a las propuestas destinadas a este grupo etario. Merece destacarse que, a pesar que la proporción de mayores institucionalizados es baja en nuestro país, el imaginario de la población y en especial de la población mayor, ve esta opción como mucho más difundida de lo que en realidad es.

En este artículo analizamos los planteos de los organismos internacionales que nos sirven de marco para el abordaje de la problemática; exploramos la opinión de la población mayor respecto de la institucionalización a partir del procesamiento de datos de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe), realizada en el Aglomerado Metropolitano de Buenos Aires en el año 2001. Finalmente, realizamos una lectura comparativa de algunas características de la población mayor que habita en hogares familiares, la que se encuentra en situación de calle, por su alta probabilidad de ser institucionalizada debido a su condición de vulnerabilidad, y la que se encuentra institucionalizada a partir del procesamiento de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Palabras clave: Población mayor vulnerable - Opinión de las personas mayores - Población mayor institucionalizada - Población mayor en situación de calle.

THE INSTITUTIONALIZATION OF THE ELDERS IN ARGENTINA. IMAGINARY AND REALITIES

Summary

The institutionalization is an alternative to the social and health policy to gather for vulnerable frail elderly needs. Despite the low numbers of old people in nursing homes, long term care is associated by the public and, in particular, by old people as a common solution to the latter's special needs of care. This article examines the proposals of international organisations regarding old people's care. Then, from the analysis of the Survey Health, Wellbeing and Ageing in Latin America and Caribbean (SABE), carried out in Buenos Aires in 2001 the views of elderly about nursing homes are examined. Finally, using data gathered by the National Census of Population and Housing (2001), we compare and contrast some key socio-demographic characteristics and living conditions of old people who live in households, those who live in the streets, and those who live in nursing homes.

Key words: Vulnerable elderly - Views of elderly - Elderly nursing home - Elderly homeless

pla en particular las situaciones de fragilidad que exigen cuidados y formas especiales de residencia; en esta área el Objetivo 4 establece la eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de los adultos mayores a partir de la promoción de la incorporación del eje de protección de los derechos en los ámbitos gubernamentales de derechos humanos, así como el combate contra la violencia y el acceso a asistencia jurídica y psicosocial en caso de padecerla. Es decir que, este enfoque de protección de los derechos aplicado a las políticas sobre la vejez, promueve la creación de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad, y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos activos en la construcción y ejercicio del derecho.

La institucionalización como una alternativa de los servicios de atención continua a lo largo de la vida

En el censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001 (6) se define a la institución colectiva como el lugar destinado a alojar personas que viven bajo un régimen no familiar regulado por normas de convivencia de carácter administrativo, militar, religioso, de salud, de reclusión, de trabajo, etc.

En tanto que hogar de ancianos es la institución colectiva en la que se alojan personas ancianas en calidad de internos que suelen recibir alimentación, hospedaje y atención terapéutica incluyéndose en esta categoría a los geriátricos. Por su parte, la definición (10) de Residencia para Adultos Mayores (RAM) es la de institución de carácter integral destinada al alojamiento y atención de las necesidades biológicas y culturales de las personas de sesenta años y más, mediante personal capacitado a tal fin, que cuenta con áreas específicas según requerimientos prestacionales, en un ambiente adecuado al funcionamiento gerontológico.

La imagen social de las residencias para adultos mayores

En el imaginario de algunas personas el ingreso a una residencia para adultos mayores implica una pérdida de la libertad y de la oportunidad de inserción en comunidad, otros privilegian la oportunidad de cuidados, mientras que existe un tercer grupo -en general de escasos recursos y sin familia, que se encuentra en situación de aislamiento y su percepción es la de una vejez en soledad- para el que es una alternativa de incremento de las relaciones sociales (1) (11).

Estas opiniones son coincidentes con algunas tensiones analizadas en la literatura (5) respecto de las residencias de adultos mayores entre la reducción de la incertidumbre por medio de la homogeneización y estandarización creciente centrada en la despersonalización e indiferenciación de los residentes a partir del ape-

lativo de "abuelos" y /o su infantilización, y el esfuerzo que hacen los mismos viejos para que sea reconocida de su identidad y autonomía. Sin embargo, no podemos omitir que estas tensiones que conforman parte de la cultura¹ de la residencias no son productos aislados (12), emergentes de las prácticas y valores organizacionales, sino que las organizaciones son la objetivación de un orden social en un momento y espacio determinados, es decir que la cultura organizacional expresa, en parte, el significado compartido socialmente sobre las formas en que las instituciones regulan los intercambios entre individuos y organizaciones, en este caso los adultos mayores y las residencias para mayores.

La percepción de la institucionalización por parte de las personas mayores desde la Encuesta SABE

Existen algunos estudios previos relacionados con la temática que tomaremos como antecedentes. Tomaremos como antecedentes el estudio clásico llevado adelante, en la década de los sesenta por el Instituto de Psicología de la Universidad de Bonn (7), pionero en el combate contra el modelo deficitario de la vejez, que niega el declive universal (que alcanza a todas las personas) y general (que alcanza a todos los sectores) de las facultades, hacía referencia al rechazo por parte de la población de la alternativa de la institucionalización en la medida en que la residencia pasa, desde el imaginario de los mayores, a constituirse en la última y definitiva opción de vivienda del mayor y/o la objetivación del rechazo y el abandono familiar. El principal temor se centraba, entre las mujeres, en la masificación que implica el ingreso a una institución total² (5) impresa en la marca fundacional asilar histórica de estas organizaciones, y en la pérdida de la libertad personal entre los varones; sin embargo, una muy pequeña proporción de los mayores entrevistados en el estudio tenía alguna idea concreta sobre las residencias. Entre los mayores institucionalizados las mujeres dieron cuenta de la seguridad, estabilidad y posibilidad de contacto con pares que implicó para ellas la entrada en una residencia, en tanto que para los hombres la adaptación resultó más dificultosa, fundamentalmente por la pérdida de la libertad.

Cuatro décadas más tarde en Argentina se llevó a cabo la Encuesta a Adultos Mayores (8) que en su parte cualitativa realizó doce grupos focales organizados en distintas ciudades³ del país conformados por personas de 60 y más años de niveles socioeconómicos bajo, medio bajo y medio. En la opinión de estos mayores está presente la contradicción entre la probabilidad de demandar atención creciente a sus familiares en la perspectiva de una dependencia también creciente en la medida en que se envejece y se incrementa la fragilidad,

1. Consideramos cultura, siguiendo a Schein (9), como un conjunto de presunciones básicas -inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna-, que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y a partir de las cuales se socializa a los nuevos miembros como la forma de percibir, pensar y sentir esos problemas.

2. Las instituciones totales son aquellas en las que se desarrollan todas las actividades de la vida (dormir, jugar y trabajar) en un mismo lugar y bajo una misma autoridad. Tienen características absorbentes o totalizadoras simbolizadas por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior (puertas cerradas, cercos, muros, horarios de visita, etc.). Existe una división básica entre un gran grupo manejado (los internos/ residentes/ pacientes) y un pequeño grupo que es el personal supervisor (médicos, cuidadores, enfermeros, directores, administrativos, etc.) (5).

3. El estudio se realizó en las ciudades de Resistencia (Chaco); Alta Gracia (Córdoba); Rosario (Santa Fé); Gran Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires.

y el deseo de no ser una carga para los seres queridos y cercanos. La imagen individual sobre el Hogar Geriátrico es la de "depósito" que marca la objetivación de la dependencia y la de pasiva sumisión a la situación en función de no molestar a la familia. En tanto que la imagen predominante en los grupos focales (opinión grupal) resalta una mirada más relativizada y menos prejuiciosa en función de la situación de salud particular por la que atraviesa la persona internada. Los participantes de los grupos focales valorizan la contención, la atención y los cuidados médicos continuos, la acción de personal especializado, la posibilidad de intercambio con pares, la tranquilidad y la posibilidad de liberar a los familiares como cuidadores principales. Por otro lado, reconocen la posibilidad de abuso y malos tratos, tanto en los aspectos cotidianos como en el exceso de medicación para tranquilizar a los residentes; el alejamiento de la familia y el abandono; y señalan como los ejes más negativos al entorno de depresión y enfermedad.

Discusión sobre los datos proporcionados por la Encuesta SABE

En la encuesta SABE⁴ (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe) se indaga en la opinión de los adultos mayores respecto de la posibilidad de entrar en una residencia para adultos mayores. En el caso de Argentina, la muestra seleccionada cubrió la población del Aglomerado Metropolitano de Buenos Aires y fueron encuestados 1.035 adultos mayores. Del total de los encuestados el 15,1% acepta la posibilidad futura de entrar en una residencia geriátrica, el 76,3% no la acepta y el 8,6% no sabe si la aceptaría; en estas respuestas queda manifiesta la voluntad de las personas mayores de vivir en su domicilio el mayor tiempo posible (4), siendo las principales causas de internación enunciadas el no poderse valerse por sí mismo y la soledad.

Según las respuestas de los encuestados por la SABE la aceptación de la internación geriátrica (Tabla 1) como una posibilidad futura es poco diferencial por sexo: el 16% de las mujeres y el 13% de los varones contestaron afirmativamente. A medida que la edad avanza, la aceptación de la posibilidad de internación disminuye: en tanto que dos de cada diez mayores de 60 a 64 años aceptan esta alternativa, lo hacen sólo uno de cada diez mayores de 80 años; probablemente la cercanía de esta opción a edades mayores, relacionada con el deterioro, contribuye a su negación por parte de las personas de más edad. Por otro lado, cuanto mayor es el nivel de instrucción de los entrevistados mayor aceptación de alternativas a la atención de los familiares (13% para los que tienen hasta primario completo y 21% entre los que tienen hasta secundario completo). La vulnerabilidad de no contar con recursos familiares cercanos en caso de necesitarlos (vivir solo, no haber estado unido o casado en el curso de la vida) está asociada a la mayor aceptación de la alternativa de institucionalización (la aceptan el 17% de los que viven solos y el 29% de los que no han conformado pareja en el transcurso de la vida). Cuanto mayor es tanto el número de hijos que tuvo la persona, como el número de hijos que viven

actualmente, menor es la aceptación de la posibilidad de habitar una residencia (cuatro de cada diez de los mayores que carecen de hijos sobre algo más que uno de cada diez que tienen tres o más hijos). La percepción de la salud no parecería ser una condición que se asocie con la posibilidad de ingresar a una residencia, en tanto que al igual que en la consideración de la edad, la necesidad de contar con ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria disminuye la aceptación de la posibilidad de internación (18% de los que precisan ayudas vs. 24% de las que no las necesitan). Finalmente, la condición de ser religioso no da cuenta de diferencias respecto de la opinión sobre la internación.

La población mayor institucionalizada en Argentina

Los mayores de 60 años constituyen el 13,4% de la población del país. De ellos 4.757.395 fueron censados en hogares familiares, 502 en hogares en situación de calle y el resto en instituciones colectivas (114.060) constituyendo el 2,3% de la población adulta mayor.

Del total de personas institucionalizadas (3) una de cada tres tiene 60 años y más (34,3%), siendo la diferencia por género abrumadora: casi cinco de cada diez mujeres (48,3%) institucionalizadas son adultos mayores en tanto que sólo lo son algo más de dos cada diez varones (22,5%).

Las categorías censales de la variable instituciones colectivas son: hogar de ancianos, hogar de menores, colegio internado, campamento/ obrador, hospital, prisión, cuartel, hogar de religiosos, hotel turístico, y otros. Así, el 61% de los mayores institucionalizados residen en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto agrupados en las otras instituciones colectivas; es de destacar que el registro de población institucionalizada sólo se realiza en el país cada diez años en el marco de los operativos censales de población y vivienda. Entre los varones de edad que viven en instituciones colectivas lo hacen el 52% en hogares de ancianos y el 24% en hospitales. Entre las mujeres de edad institucionalizadas el 67% habita en residencias para mayores y el 14% en hospitales. La alta incidencia de hospitalización masculina abre el interrogante sobre si la causa de su permanencia en ellos es debida al deterioro de su salud o a la dificultad de acceso a residencias para mayores, gene-



4. Estudio comparativo realizado en Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay por la Organización Panamericana de la Salud, y en el caso de la Argentina por el Centro de Estudios de Población (CENEP), Año 2001.

ralmente por razones económicas y falta de otros recursos, entre ellos carecer de redes de apoyo; de allí que la demanda a instituciones públicas sea mayor por parte de los varones que por parte de las mujeres.

La población de mayores que habita en hogares colectivos es más envejecida que lo hace en hogares familiares; mientras que entre los varones que habitan en sus hogares una cuarta parte tiene 75 años y más, casi la mitad de los que habitan en instituciones tienen esa edad. En tanto que entre las mujeres las diferencias son todavía mayores: una de cada tres mujeres mayores que residen en viviendas particulares tiene 75 años y más, en tanto que entre las que habitan instituciones dos de cada tres son mayores de esta edad. Los mayores en situación de calle son de menor edad que el resto de la población mayor, puesto que a edades más avanzadas deberán recurrir seguramente a la institucionalización.

Con respecto a la cobertura de obra social la población mayor que se encuentra menos cubierta, como era de esperar, es la que se encuentra en situación de calle, siendo más vulnerables los varones que las mujeres (88% de ellos carece de cobertura vs. el 77% de las mujeres). Entre los varones algo más del 70% se encuentra cubierto independientemente si habita instituciones o viviendas particulares, mientras que entre las mujeres la situación de cobertura por obra social es mayor para las que habitan hogares colectivos que en viviendas particulares (87% vs. 79%).

Si bien la educación no es un indicador determinante en lo que respecta a la población mayor, debido a la falta de acceso cuando fueron jóvenes y a la valoración diferencial de las credenciales educativas en épocas pasadas, la no concurrencia y /o la no conclusión de la escolaridad primaria (menos de 7 años de escolaridad) es un indicador de vulnerabilidad. Independientemente del tipo de hogar que se habita la situación de las mujeres mayores es más desventajosa que la de los varones. Sin embargo, no existen diferencias sustantivas entre la población institucionalizada y la que vive en viviendas particulares, en tanto que el nivel educativo de varones y mujeres mayores en situación de calle es muy bajo (aproximadamente seis de cada diez mayores que habitan en hogares en la calle tiene menos de 7 años de escolaridad aprobados) y uno de cada cuatro no sabe leer y escribir.

La percepción de jubilación o pensión es un derecho de los mayores relacionado con la independencia económica. La cobertura previsional para aquellos que se encuentran institucionalizados es mayor que para los que habitan hogares particulares: la hipótesis explicativa de esta situación es la de mayor cobertura de pensiones por edad en la población que habita residencias públicas y la de jubilaciones ordinarias para los que habitan residencias privadas. No existen diferencias sustantivas de cobertura por sexo entre los varones y mujeres que habitan en viviendas particulares (58% y 59% respectivamente), en tanto que la diferencia de cobertura por sexo para los que habitan instituciones colectivas es de 17 puntos porcentuales (64% de los varones vs.

81% de las mujeres). La menor cobertura se da entre los varones y mujeres en situación de calle, siendo los varones más vulnerables que ellas (uno de cada diez varones recibe pensión en tanto que lo hacen tres de cada diez mujeres).

El estado civil legal de las personas es una aproximación a las redes familiares que se fueron construyendo a lo largo de la vida; la mitad de la población mayor está casada y algo más que una tercera parte es viuda/separada/divorciada. Entre aquellos que habitan en viviendas particulares estas proporciones son similares; en tanto que entre los que habitan instituciones la carencia de cónyuge es la regla: sólo dos de cada diez están casados, tres de cada diez son solteros y cinco de cada diez viudos/separados/divorciados. Esta tendencia, como era de esperar, se acentúa entre los que se encuentran en situación de calle: más de la mitad son solteros, una tercera parte separados/ divorciados y viudos y sólo un 17% se encuentra casado.

Entre los varones el 68% de los que habitan hogares particulares está casado y el resto es soltero/ viudo/ separado/ divorciado; entre los que habitan hogares colectivos sólo el 33% se encuentra casado, el 37% es soltero y el 22% es viudo; y entre los que se encuentran en situación de calle el modo es la soltería (57%). Las mujeres que habitan en viviendas particulares son viudas (45%), casadas (40%) y solteras/ divorciadas/ separadas (25%); entre las que habitan instituciones más de la mitad son viudas (56,4%) y una tercera parte solteras/separadas/divorciadas (30,3%) y entre las mujeres que se encuentran en situación de calle el 40% es soltera y el 39% viuda.

Discusión

Los datos analizados dan cuenta de una brecha entre la opinión de los mayores respecto de la institucionalización y la composición de la población institucionalizada. Parecería que a mayor vulnerabilidad objetiva menor disposición a ingresar a una institución por parte de los mayores.

En este sentido el trabajar en el interior de las organizaciones para modificar sus condiciones asilares fundantes e instalar el paradigma de derecho como eje de su proyecto institucional; y la modificación de la imagen de la vejez como deterioro y de estas instituciones como depósitos, son asignaturas pendientes de las políticas sociales relacionadas con la vejez y el envejecimiento.

Las personas mayores institucionalizadas, independientemente de las diferencias por género, son aquellas de mayor edad y con mayor deterioro de la salud, que ha perdido vínculos familiares y, paradójicamente con mayor cobertura previsional (que en muchos casos es el recurso para afrontar la internación). La población mayor que habita en situación de calle es muy escasa, altamente vulnerable y transita en muchos casos una etapa previa a la institucionalización en RAM públicas ■

Referencias bibliográficas

1. Benatar R, Frías R, Kaufmann A. *Gestión de las residencias de la tercera edad*. Bilbao: Deusto, 1993.
2. CEPAL-CELADE. *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile, 2004.
3. Fassio A. La población de adultos mayores institucionalizada según los datos censales. En Golpe, L. y Arias, C., editoras. *Cultura institucional y estrategias gerontológicas. Primer anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional*. Mar del plata: Ediciones Suárez, 2005 p. 41-44.
4. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD. Vivir en una residencia: algunas expectativas. En Salvarezza L (compil.) *La vejez. Una mirada gerontológico actual*. Buenos Aires: Paidós; 1998.p.333-354.
5. Goffman E. *Internados*. Buenos aires: Amorrortu, 1992.
6. INDEC. *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*. Disponible en www.indec.mecon.gov.ar
7. Lehr U. *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder, 1988.
8. Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Tercera Edad. *Encuesta sobre Adultos Mayores*. Informe N°1 Cualitativo. Actitudes, Percepciones y expectativas de las personas de mayor edad. Buenos Aires, 2001.
9. Schein E. *La cultura empresarial y el liderazgo*. Buenos Aires: Plaza y Janés, 1989 p. 19-27.
10. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, Dirección Nacional de Tercera Edad. *Criterios unificados para la regulación y control de residencias para personas mayores y centros de día*. Buenos Aires, 2001.
11. Suárez F, González N. Cultura institucional y estrategias de vida de los adultos mayores en la Argentina en la población inserta en residencias geriátricas. En Golpe L. y Arias C, editoras. *Cultura institucional y estrategias gerontológicas. Primer anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional*. Mar del Plata: Ediciones Suárez, 2005 p. 29-40.
12. Yuni J. Cultura organizacional: otras claves par leer el campo de la Gerontología Institucional. En Golpe L y Arias C, editoras. *Cultura institucional y estrategias gerontológicas. Primer anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional*. Mar del Plata: Ediciones Suárez, 2005 p. 45-55.

No solo para la Reina: la Gerontopsiquiatría en Inglaterra

Julián Bustin

*MRCPsych, Specialist Registrar in Old Age Psychiatry at St Bart's and Royal London Training Scheme.
Especialista en Psiquiatría. Ex-Residente Hospital Piñero (GCBA)
E-mail:julianbustin@gmail.com*

Introducción

El Reino Unido fue uno de los primeros países en desarrollar servicios especializados en gerontopsiquiatría. En el siguiente artículo intentaré explicar las bases de la práctica gerontopsiquiátrica y los diversos recursos disponibles en el sistema de Salud Público inglés. Lo haré a través del recorrido de un paciente imaginario (P) por los múltiples aspectos de este complejo sistema. "El laberinto", como suelen llamarlo algunos pacientes.

Procuraré transmitir mi experiencia personal trabajando en este sistema por los últimos cuatro años. Por lo tanto, no habrá definiciones formales de los distintos servicios. Inclusive, podría haber diferencias con respecto a prácticas regionales. Me centraré en los aspectos que caracterizan a este sistema y lo hacen interesante para conocer.

Una breve historia de la especialidad

En Inglaterra, los gerontopsiquiatras se ocupan del diagnóstico y tratamiento de los adultos mayores de 65 años con problemas de salud mental.

El tratamiento de este grupo de pacientes comenzó a especializarse en la década del '60. Esto se basó en el esfuerzo individual de ciertos psiquiatras como Roth, Mc Millan, Robinson y Post. No solo la especialidad no existía aún, sino que los pacientes con demencia eran algunas veces prohibidos en los Servicios de Psiquiatría. En la década siguiente, el Ministerio de Salud y Seguridad Social se encontró presionado por el aumento en la demanda de servicios especializados en adultos mayores. Por lo tanto, propuso que un psiquiatra en cada región del país debería tomar la responsabilidad de trabajar en conjunto con los geriatras y servicios sociales. La base de esa colaboración estaría centrada en Unidades de Evaluación Gerontopsiquiátricas. (2). Los pioneros en gerontopsiquiatría Arie, Whitehead y Pitt iniciaron estas unidades. También comenzaron a demostrar la importancia de las visitas domiciliarias y a reunirse regular-

mente en el Colegio Real de Psiquiatras. El impacto positivo de estos nuevos servicios en la década del '70 llevó a la expansión de los puestos en gerontopsiquiatría durante los siguientes años. En 1985 había aproximadamente 250 psiquiatras trabajando exclusivamente con pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, los recursos eran escasos y la disponibilidad de servicios era muy variada según las regiones. El Colegio Real de Médicos y el Colegio Real de Psiquiatras publicaron un documento conjunto donde describieron los recursos necesarios para desarrollar los servicios en una comunidad tipo. También recomendaron la creación de la Especialidad en Gerontopsiquiatría y describieron los requisitos específicos de la formación (3). Actualmente es una especialidad bien establecida y al mismo tiempo pujante. Cuenta aproximadamente con 500 especialistas y una activa participación en el Colegio Real de Psiquiatras.

Sin embargo, el primer paso para lograr entender la gerontopsiquiatría en Inglaterra, es conocer el Sistema de Salud Nacional (NHS-National Health Service).

EL Sistema de Salud Nacional (NHS-National Health Service)

El NHS es el principal proveedor en salud de Inglaterra y es un servicio público. Es un sistema extremadamente complejo debido al tamaño de la organización. La población de Inglaterra en el censo del año 2001 era de 49,138,831 y la gran mayoría de la población se atiende en este sistema. El NHS es el empleador más grande de Inglaterra y uno de los más grandes del mundo. Solamente la armada China y el Servicio de Trenes Estatales de India tienen un número mayor de empleados. Sin embargo, el total de empleados en estas dos instituciones es proporcionalmente menor en relación al total de la población. Se calcula que 1 de cada 23 personas en la población activa de Inglaterra trabaja para el NHS (6).

El NHS fue fundado el 5 de julio de 1948 bajo los siguientes principios (10):

Resumen

El Reino Unido fue uno de los primeros países en desarrollar servicios especializados en gerontopsiquiatría. En este trabajo se describen los diversos recursos disponibles para los adultos mayores de 65 años con enfermedad mental en Inglaterra. También se relata la práctica gerontopsiquiátrica en este modelo de Psiquiatría Comunitaria.

Palabras clave: Gerontopsiquiatría - Inglaterra - Psiquiatría comunitaria.

NOT ONLY FOR THE QUEEN: OLD AGE PSYCHIATRY IN ENGLAND

Summary

United Kingdom was one of the first countries to develop specialized services in old age psychiatry. This article describes the different resources available for adults older than 65 years old that suffer from a mental disorder in England. It also illustrates the practice of old age psychiatry within this Community Psychiatry model.

Key words: Old age psychiatry - England - Community psychiatry.

-El servicio se financiará en un 100% de los impuestos. De esta manera, la población con mayor poder adquisitivo pagará más que la de menor ingreso por el mismo servicio.

-Todos tienen derecho a recibir el servicio. Esto incluye los residentes temporarios o turistas.

-El servicio será totalmente gratuito.

Estos principios se mantienen hasta el día de hoy. La única excepción es que el servicio ya no es totalmente gratuito. A partir 1 de Junio de 1952 se introdujeron los costos por prescripción. Actualmente hay que pagar una cifra de 6.85 libras esterlinas por las prescripciones. Los mayores de 60 años se encuentran exentos del pago. Lo mismo sucede con otros grupos de pacientes.

Del NHS a cada ciudadano. Tratar de brindar el mejor servicio posible a la población.

La distribución eficiente de los recursos es esencial para poder cumplir con los objetivos fundacionales del NHS. A veces, se hace difícil recordar que todo lo asignado a los individuos mayores de 65 años con enfermedad mental son recursos que no se asignan a otros grupos de pacientes.

En el año 2003, la población de adultos mayores en el Reino Unido era de 10.9 millones (8). La depresión afecta a un 15% de este grupo, siendo la patología psiquiátrica más frecuente (1). Esto es seguido por las demencias que afecta actualmente 750.000 personas en el Reino Unido (5). Como mencioné anteriormente, hay un total de 500 especialistas en gerontopsiquiatría. Por lo tanto, no todos los pacientes pueden acceder a un contacto directo con el especialista. La idea es que para poder brindar el mejor servicio posible es necesario escalar los recursos según la severidad de los síntomas o el tipo de presentación. Solo los pacientes más complejos tendrán acceso a ver al equipo de especialistas.

Empecemos el recorrido...

El Señor P

El señor P tiene 75 años de edad y vive solo. Tiene dos hijos que viven a una hora de distancia y lo visitan una vez por semana alternadamente. Su esposa murió hace cinco años de un tumor de pulmón. Desde hace un año que sus hijos empezaron a notar que se olvida dónde dejó ciertos objetos en la casa. Tampoco se acuerda el nombre de algunos amigos y esto les resulta particularmente extraño ya que P siempre estuvo muy orgulloso de acordarse el nombre de las personas que conocía. Estos problemas comenzaron en forma gradual y empeoraron con el mismo patrón durante el último año. Durante el mismo período, empezó a sentirse más triste y solo. El apetito había disminuido y le costaba dormir bien. Siempre le gustó mucho el fútbol y ahora no seguía los partidos de su equipo. Sentía que no tenía la energía para hacerlo y le costaba concentrarse durante el partido. Por todo esto, decide ir a consultar a su Médico de Familia (MF).

El Médico de Familia (MF): La puerta principal de entrada al sistema

El MF cubre un área determinada por los códigos postales cercanos a su consultorio. De acuerdo a las estadísticas de la Asociación de Médicos Británicos, cada MF en Inglaterra tiene un promedio de 1.800 pacientes a su cargo y realiza 8.500 consultas por año. Cada MF es

el responsable final de la salud de estos pacientes. Es el único que puede prescribir medicación para sus pacientes salvo que estén internados en un hospital. Es el que decide derivar a un especialista. La elección del mismo también está limitada por el código postal. El MF trabaja con un grupo de Enfermeros de Distrito que visitan a los adultos mayores en las casas. Monitorean los diversos aspectos físicos que pueden ser problemáticos como vendajes, heridas y catéteres. También controlan que estén tomando la medicación de forma adecuada. A veces deben visitar a los pacientes cuatro veces por día. Esto es particularmente útil en pacientes con demencia.

Finalmente, el MF centraliza toda la información. Cada especialista debe escribirle una carta especificando el diagnóstico y el plan de tratamiento. Si bien el MF puede rechazar la recomendación, ya que son los que administran el presupuesto, en general siguen la propuesta del especialista. Los tratamientos deben basarse en lo posible en las Guías del National Institute of Clinical Excellence (NICE). Estas guías recomiendan los tratamientos no solo por la eficacia clínica sino luego de un estricto análisis económico. Actualmente, existe un gran debate con acciones jurídicas de por medio, en relación a la prescripción de Inhibidores de la Acetilcolinesterasa. A pesar de la eficacia comprobada en estadios leves de Enfermedad de Alzheimer, NICE recomienda su uso solo a partir de los estadios moderados. Esta decisión se basó en una evaluación de costos. Ahora, los pacientes deben esperar hasta un estadio avanzado de la enfermedad para recibir la medicación. Por las mismas razones, no se autorizó el uso de memantina en ningún estadio de la enfermedad (7).

P está registrado con el MF a 5 cuadras de su casa. Su amigo J, le había dicho que tuvo suerte. J vive a dos cuadras pero por su código postal tiene otro MF que no es tan bueno. P llama para pedir un turno. La secretaria le avisa que hay un turno disponible en una semana. Si no, tiene la posibilidad de atenderse en dos días con otro MF que trabaja en el mismo consultorio. Si es urgente puede ir al día siguiente que se atiende sin turno de 9 a 11 AM. P decide esperar su turno con su MF que conoce hace muchos años. P le explica sus síntomas. El MF tiene diez minutos para la entrevista así que le realiza preguntas sobre su estado de ánimo y se fija si está orientado en tiempo, lugar y persona. Le explica a P que probablemente este deprimido y que eso está causando los problemas de memoria. Le pide los estudios de sangre de rutina y le receta un Inhibidor Selectivo de la Receptación de Serotonina siguiendo las Guías NICE para depresión. Le dice que la medicación va a tardar dos semanas en actuar y que puede tener efectos adversos antes de sentir los beneficios. Le explica los efectos adversos y acuerdan tener la próxima cita en 4 semanas. También, le aclara que no dude en venir antes en el caso de tener efectos adversos, ideación suicida o sentirse más deprimido. P vuelve a las 4 semanas mejor de ánimo pero sus hijos siguen muy preocupado por su memoria. El MF decide derivarlo al Equipo de Salud Mental en la Comunidad (CMHT- Community Mental Health Team) para un estudio más detallado de sus problemas de memoria y continuar monitoreando su estado de ánimo.

El Equipo de Salud Mental en la Comunidad (CMHT)

La gerontopsiquiatría en Inglaterra es fundamentalmente comunitaria. La idea es tratar de brindar todos los servicios posibles cerca o en la vivienda de los

pacientes. El CMHT es el componente fundamental de este modelo. Se ocupa del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y coordinación de recursos para los adultos mayores con problemas de salud mental fuera del hospital. Cada CMHT pertenece a un Fundación en Salud Mental. Hay un total de aproximadamente noventa Fundaciones en Salud Mental distribuidas en las distintas regiones geográficas. Cada Fundación en Salud Mental es parte del NHS, que a su vez depende del Ministerio de Salud.

El CMHT trabaja principalmente con los pacientes, familiares y cuidadores en sus propias casas, residencias o geriátricos. Se prefiere este tipo de enfoque para obtener más información sobre las condiciones en las que vive el paciente. En ciertos casos, dado los problemas de movilidad de algunos pacientes, es la única forma poder realizar una evaluación.

Cada 5 años es necesario revalidar el título de especialista. Esto se realiza presentando certificados de cursos de actualización en psiquiatría, evaluación de 360 grados (comentarios de pacientes, otros psiquiatras, otros miembros del CMHT sobre el desempeño del profesional) y perteneciendo a un grupo de estudio. El EspG es el responsable final del tratamiento psiquiátrico de los pacientes de la comunidad. Cuando los pacientes son tratados fuera de la comunidad y por lo tanto del CMHT (internados, hospital de día) también son responsabilidad del EspG. Es el único miembro del CMHT que tiene responsabilidades a lo largo de los diferentes servicios que se proveen.

El horario de trabajo es de lunes a viernes de 9 am a 5 pm y las responsabilidades son diversas (Ver Tabla 1).

Tabla 1
Organigrama semanal de un Especialista en Gerontopsiquiatría

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
am	Visitas a pacientes en la comunidad	Pase. Sala de pacientes con demencia	Interconsultas	Reunión de CMHT	Consultorios externos
pm	Interconsultas	Hospital de día	Actividades Académicas/ Administrativas	Pase. Sala de pacientes sin demencia	Visitas a pacientes en la comunidad

EL CMHT debe cubrir un promedio de 10.000 pacientes mayores de 65 años determinados por su área de residencia. Cada CMHT debe tener a su disposición 1 o 2 camas de internación, 10 a 15 lugares disponibles en el hospital de día y 2 a 3 camas para cuidado continuos cada 1.000 pacientes (9).

El CMHT esta formado por individuos de distintas disciplinas que trabajan con un objetivo en común. Consta como mínimo con un Gerente, un Especialista en Gerontopsiquiatría (EspG), Residente Posbásico en Gerontopsiquiatría (ResG), Residente, un Trabajador Social (TS), Terapeuta Ocupacional (TO), un Psicólogo, un Enfermero de la Comunidad especializado en Psiquiatría, (EnfG) y una secretaria.

Gerente: es el encargado de monitorear que todas las funciones del equipo se estén cumpliendo adecuadamente. El Ministerio de Salud o la Fundación en Salud Mental establecen ciertos objetivos que cada CMHT tiene que cumplir. Por ejemplo, si se cumple o no con las Guías NICE previamente mencionadas. Los fondos que se asignen para esa Fundación en Salud Mental o el CMHT dependerán en gran parte de cumplir con esos objetivos. Es el representante del CMHT a nivel institucional y debe reunirse con distintos grupos involucrados con el CMHT y el cuidado de la población a su cargo (pacientes, cuidadores, profesionales, miembros de la fundación, instituciones gubernamentales y no gubernamentales).

Especialista en Gerontopsiquiatría (EspG): es el médico más calificado del CMHT. La especialización dura 6 años de los cuales 3 años deben ser en gerontopsiquiatría. Debe aprobar dos exámenes teórico/prácticos del Colegio Real de Psiquiatras.

El EspG está de guardia pasiva (5pm a 9am) un día de cada 15. Además cubre un fin de semana cada 15. La función es supervisar a los residentes. Tiene 32 días hábiles de vacaciones por año y un sueldo neto anual de 66.000 libras esterlinas.

Residente Posbásico en Gerontopsiquiatría (ResG): durante los tres últimos años de especialización el residente se prepara para convertirse en EspG. Realiza las mismas actividades que el EspG pero supervisado por éste. Además, tiene un día a la semana disponible para realizar investigación y otro para desarrollar un área de interés personal relacionada con la especialidad. La frecuencia de las guardias pasivas es de aproximadamente 1 día en 10. Durante ellas, evalúa las situaciones de emergencia fuera del hospital, ya sea en la casa del paciente o en la comisaría. También supervisa telefónicamente a los residentes. El sueldo neto anual promedio es de 32.500 libras esterlinas.

Residente: está a cargo de los pacientes internados, pero las decisiones con respecto al tratamiento se realizan en el pase de sala o consultando al EspG o ResG. Además, participa de los consultorios externos y tiene una supervisión semanal. Tiene un día disponible para asistir a un curso universitario dedicado a la preparación del examen del Colegio Real de Psiquiatras. Las guardias son aproximadamente 1 día cada 7, en las cuales cubren las salas de internación, interconsultas y la guardia. Debido a la Directiva Europea de Tiempos de Trabajo nadie puede trabajar más de 56 horas por semanas. Para cumplir con esta directiva, los residentes deben realizar 1 semana de guardias nocturnas cada 7, en la cual no trabajan durante el día. Tienen 25 días hábiles de vacaciones por año y un sueldo neto anual promedio de 28.000 libras esterlinas.

Trabajador Social (TS): asesora a los pacientes en relación a los beneficios económicos que tienen derecho a recibir. En el caso que el paciente necesite mudarse, deben conseguir la vivienda adecuada. También organizan el servicio de cuidadores a domicilio o la asistencia al centro de día según las necesidades del paciente. Algunos trabajadores sociales están encargados de coordinar y solicitar la admisión involuntaria de un paciente.

Terapeuta Ocupacional (TO): realiza la evaluación funcional de las habilidades del paciente. En general, éstas se efectúan en la propia vivienda. Deben determinar si el paciente puede vivir en forma independiente. También, organiza las adaptaciones necesarias en la residencia del paciente para que pueda vivir ahí por el mayor tiempo posible. El TO es un componente fundamental en la rehabilitación del paciente y ayuda al CMHT en el diagnóstico desde otra perspectiva.

Psicólogo: trabaja con distintas modalidades de terapia de acuerdo a la necesidad del paciente. La Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Psicodinámica y Terapia Familiar son las psicoterapias más empleadas. Realizan terapias individuales y grupales. El psicólogo del CMHT está a cargo de la evaluación neuropsicológica. Los exámenes más utilizados para la evaluación inicial son: CAMCOG-R, WAIS III y RBANS.

Enfermero de la comunidad especializado en psiquiatría (EnfG): tienen un rol clave en el seguimiento de la salud mental de los pacientes en la comunidad. Junto con los avances psicofarmacológicos, su actividad contribuyó a la transición de una psiquiatría hospitalaria a una psiquiatría comunitaria. Monitorean la presencia de efectos adversos a la medicación, el progreso del tratamiento, y además son los que tienen el mayor contacto con los pacientes y sus cuidadores. Realizan la psicoeducación y fomentan la comunicación con grupos de apoyo brindado por organizaciones no gubernamentales. Son el enlace entre el CMHT y el MF. Algunos EnfG han realizado cursos de psicofarmacología y están autorizados a prescribir una lista determinada de psicotrópicos.

Secretaria: es la encargada de tomar apuntes en la reunión de equipo. Esto sirve de evidencia en caso de que exista algún evento no deseado en el tratamiento de un paciente. También transcribe las cartas al MF. Después de cada contacto con un paciente, el psiquiatra debe escribirle una carta al MF. En estas cartas debe constar un resumen de la historia clínica, diagnóstico y tratamiento. El paciente recibe una copia de esta carta. Si el paciente no desea esta carta debe decirlo explícitamente. Por lo tanto, hay que ser muy prudente con el contenido de la misma para no afectar la relación médico-paciente. Por ejemplo, en lugar de escribir que el paciente tiene ideas paranoides en relación a su familia robándole su dinero, uno redacta que a pesar de la posibilidad de diferentes explicaciones alternativas, el paciente continúa convencido que su familia le está robando.

En los CMHT tradicionales todas las evaluaciones iniciales son realizadas por el EspG que después deriva el paciente a alguno de los otros profesionales. Esta práctica está cambiando gradualmente y la mayoría de las evaluaciones son realizadas por los profesionales no médicos (4). Hay pacientes que nunca son vistos directamente por el EspG. Solamente son supervisados por él durante la reunión de equipo semanal.

Cada paciente tiene asignado un miembro del CMHT como coordinador los distintos aspectos de su tratamiento. En general es el EnfG o el TS. Este miembro del CMHT es el primer punto de contacto para el paciente en caso de emergencias y es el responsable de completar un documento sobre el tratamiento que es firmado por el paciente. Allí figuran distintos aspectos clínicos de relevancia como el diagnóstico, síntomas que alertan sobre recaídas, qué hacer y a quién contactar en casos de urgencia, la medicación actual y una lista de los profesionales que participan del tratamiento. Este documento se actualiza cada seis meses en una reunión entre el coordinador, el paciente y los demás profesionales involucrados en su tratamiento.

Finalmente, el CMHT trabaja en comunicación con otras disciplinas como kinesiología, fonoaudiología, gerontología y odontología.

Pero quien atendió a P?

La carta de derivación del MF llega a la reunión del CMHT de los días jueves. Se discute el caso y se decide que el ResG realice una consulta a domicilio. P recibe una carta enviada por la secretaria del CMHT. Esta menciona que el ResG lo va a visitar el día 30 de marzo y que sería bueno que uno de sus hijos este en la entrevista. P se olvida que había recibido la carta. Por suerte, un día antes de la consulta, la secretaria lo llama para hacerle recordar y con su permiso contacta al hijo.

La casa está sucia y no hay comida fresca en la heladera. P niega tener problemas de memoria excepto que no recuerda bien los nombres de algunos amigos. No presenta síntomas de depresión y tiene un Mini Mental State Examination de 20 en 30. La historia de deterioro de memoria es corroborada por el hijo. El ResG le pide los estudios de rutina para demencia que incluyen análisis de sangre y una tomografía computada de cerebro. Le informa a P y a su hijo que lo más probable es que este padeciendo una demencia de tipo Alzheimer. Le explica la enfermedad y el tipo de tratamientos disponibles en forma oral y escrita (a través de diferentes folletos). Les aclara que es un diagnóstico probable y que para confirmarlo hay que descartar otras enfermedades con los estudios complementarios. Esto último lo discutirán en un mes en la próxima consulta.

El TO realiza una evaluación domiciliaria en los días siguientes. Nota que P se distrae mientras cocina y comete errores. Le preocupa que la cocina sea a gas. P tiene problemas para entrar a la bañadera y subir la escalera hasta su cuarto en el primer piso. Hace recomendaciones para cambiar la cocina a una eléctrica, mejorar el acceso en el baño e instalar barandas en la escalera. También indica que P se beneficiaría de ayuda con la limpieza dos veces por



semana y de un servicio de comidas a domicilio. El TS lleva a cabo las recomendaciones anteriores. Al mes siguiente, P comienza a ser tratado con un inhibidor de la acetilcolinesterasa. El EnfG controla los efectos adversos y el progreso del tratamiento en la casa. También realiza la psicoeducación del paciente y la familia.

P sigue viviendo en su casa por 2 años más. En el último tiempo tiene cuidadores 3 veces por día. Lo ayudan a vestirse, higienizarse y le preparan la comida. Hasta que un día...

La guardia médica. La puerta de atrás al sistema

Muchos pacientes en salud mental tienen el primer contacto con el sistema a través de la guardia médica. Si bien esto se trata de evitar a través de un control rutinario en la comunidad por el MF, a veces no es posible. Los pacientes que están en tratamiento con el CMHT también concurren a la guardia en caso de una urgencia después de las 5 de la tarde. En Inglaterra, los pacientes tienen que ser atendidos dentro de las cuatro horas de haber llegado al hospital. En todas las guardias hay un representante de los servicios de salud mental. Ya sea el Residente, un Especialista en Psiquiatría o un Enfermero especializado en Salud Mental.

P llega a la guardia a las 3 AM traído por la policía. La policía lo encontró en pijamas caminando cerca del Río Tames y lo acompañó a la guardia con su consentimiento. Allí, un médico emergentólogo realiza un screening de síndrome confusional. Los estudios son normales y P es derivado al representante del equipo de Salud Mental. Al comunicarse con la familia de P, el hijo le informa que el día anterior sucedió algo parecido y que su papá estaba muy preocupado porque los vecinos planeaban matarlo.

P continúa con estas mismas ideas. Su Mini Mental State Examination es 12/30. El representante del equipo de Salud Mental recomienda la internación pero...

La ley de Salud Mental (Mental Health Act 1983)

La legislación que gobierna la detención y cuidado de pacientes con trastorno mental en los hospitales es la ley de Salud Mental. Ningún paciente con trastorno mental puede ser internado en un hospital contra su voluntad sin antes ser evaluado por un MF, TS y un psiquiatra. Para hacer este tipo de evaluación, los profesionales deben estar especialmente calificados. Ellos deben coincidir que el paciente requiere una internación ya que esta sufriendo un trastorno mental por el cual presenta riesgo para su salud o la de otros. Los pacientes tienen derecho a apelar esta decisión a través de un Tribunal de Salud Mental que se realiza en el mismo hospital entre 1 y 4 semanas después de la internación. El paciente asiste junto a un abogado que se le asigna en forma independiente. El EspG también debe concurrir. El jurado se compone de un EspG de otro hospital, un juez y un lego. El EspG, los Enfermeros de la sala de internación y el TS preparan un reporte para el jurado explicando porque el paciente debe continuar internado. La copia de este reporte también es leída por el paciente y su abogado. Los miembros del jurado realizan preguntas al EspG y al paciente. Finalmente el jurado decide si el paciente debe seguir internado o no.

P le dijo al médico que no piensa internarse y que son los vecinos los que deberían estar presos. El representante del equi-

po de Salud Mental llama al TS y al MF para hacer una evaluación de acuerdo a la ley de Salud Mental. Se decide internarlo. P apela esta decisión y se organiza un tribunal a los 10 días. El jurado decide que P debe quedarse internado para tratar los síntomas psicóticos asociados a la demencia. Durante la internación, los síntomas psicóticos responden solo parcialmente a la medicación y la demencia sigue progresando. P tiene períodos donde se vuelve muy agresivo y el equipo tratante decide que P ya no puede vivir en forma independiente.

Las diferentes opciones de viviendas

El sistema inglés provee fundamentalmente cuatro opciones de viviendas para pacientes mayores de 65 años con enfermedad mental.

1) Viviendas asistidas (shelter accommodation): son departamentos donde los adultos mayores tienen acceso independiente. La única diferencia con sus viviendas previas es que hay un cuidador las 24 horas del día. Los residentes pueden contactarlo si necesitan ayuda. El cuidador también se encarga de organizar distintas actividades recreativas y de contactarse con los distintos profesionales en caso de ser necesario. El cuidador tiene una copia de la llave del departamento en caso de urgencia.

2) Residencia Geriátrica (residential home): los pacientes no tienen grandes problemas físicos y por lo tanto no es necesario Enfermeros calificados. Se agrega la sigla EMI (Elderly Mentally Ill) cuando el geriátrico tiene empleados especialmente calificados para trabajar con residentes con demencias.

3) Clínica Geriátrica (nursing home): los adultos mayores tienen problemas físicos que requieren un nivel de enfermería mayor. En la mayoría de los casos, los residentes tienen severas dificultades de movilidad. También se agrega la sigla EMI (Elderly Mentally Ill) cuando el geriátrico tiene empleados especialmente calificados para trabajar con residentes con demencias.

4) Cuidados continuos (continuing care): los pacientes no pueden vivir en ninguna de las otras viviendas debido a la severidad de la enfermedad mental. En general, son transferidos desde la sala de internación después de un período de observación.

Todos son financiados por el Servicio Social con la excepción de los que requieren cuidado continuo. Esto último es financiado por el NHS. Si el adulto mayor tiene activos por un valor mayor de 22.000 libras esterlinas deberá pagar los gastos correspondientes.

Y dónde va a vivir P?

P no tiene capacidad para decidir sobre su futuro. No entiende ni retiene la información. Tampoco puede evaluar los beneficios de las diferentes opciones. Entonces se organiza una reunión para decidir el futuro lugar de residencia de P.

Ley de capacidad de las personas 2005 (Mental Capacity Act 2005)

Esta ley aclara que si una persona no tiene capacidad para decidir sobre aspectos específicos de su vida, los profesionales involucrados en su cuidado deberán decidir por él. Deberán basarse en lo que consideren es en su beneficio. Para obtener esa información deben consultar con las personas que lo conocen y seguir un procedimiento especificado por la Ley de Capacidad de las Personas 2005.

A la reunión asisten los dos hijos de P, todos los profesionales del CMHT y de la sala de internación que están involucrados en su tratamiento. Finalmente se decide que P resida en una Residencia Geriátrica EMI. El EnfG lo asiste en este proceso de transición y luego el tratamiento sigue a cargo del MF.

Otros servicios

Centro de día: los pacientes se reúnen para realizar actividades sociales. Está organizado por el Servicio Social.

Hospital de día: los pacientes son evaluados regularmente por el EspG y los Enfermeros. También cuentan con TO, TS y Psicólogo. Se realizan grupos psicoterapéuticos específicos para cada patología. Los pacientes con demencia asisten en diferentes días o a un Hospital de Día especializado. Se utiliza como alternativa para la internación o para un alta temprana.

Salas de internación: son específicas para mayores de 65 años y se dividen en salas para pacientes con demencia y sin demencia. Cuentan con TO, TS, Psicólogo, Kinesiólogo y Fonoaudiólogo.

Consultorio de Memoria: asisten pacientes para el diagnóstico temprano de demencia y su tratamiento. Algunos constan solamente de un EspG mientras otros también incluyen la evaluación de un Neuropsicólogo, Gerontólogo y TS.

Transporte: muchos pacientes lo requieren para acceder a estos servicios. Es organizado gratuitamente por el Servicio Social o el NHS.

Conclusión

La Gerontopsiquiatría en Inglaterra no puede evaluarse sin tener una perspectiva histórica de los principios del NHS basados en un modelo social y comunitario de la medicina.

Desde esta perspectiva, hay muchos aspectos para admirar. La población mayor de 65 años con enfermedad mental recibe un tratamiento multidisciplinario por profesionales que son recertificados regularmente. Las intervenciones y tratamientos se tratan de realizar lo más cerca posible de la vivienda del paciente para mantener su independencia. Hay diversos recursos disponibles según la severidad y las necesidades del paciente. Recursos que van desde llevar comida a la casa hasta una internación en Servicios

Especializados para adultos mayores. Los derechos legales de los pacientes son cuidadosamente protegidos por la ley de Salud Mental y la ley de Capacidad de las Personas. Y como si esto fuera poco... todo por el pago de los impuestos y sin diferencias según el nivel socioeconómico.

Sin embargo, este sistema también tiene sus limitaciones. Algunas de estas son consecuencia de sus virtudes quedando el beneficio individual comprometido por el beneficio general. Cada vez más, se limitan ciertos estudios complementarios o determinada medicación como resultado de una evaluación económica y no basado solamente en la eficacia. Como mencioné anteriormente, hubo un gran debate a nivel nacional en relación a las recomendaciones de NICE para la prescripción de Inhibidores de la Acetilcolinesterasa solamente para las Demencias tipo Alzheimer de severidad moderada. A pesar de la eficacia comprobada en estadios leves de la Enfermedad de Alzheimer, se consideró que el costo-beneficio no es suficientemente favorable para ser recomendado para el NHS. Excede a este artículo el debate sobre los diversos argumentos en relación a los posibles errores de las evaluaciones económicas en este caso particular y en general. Sin embargo, este debate dejó en claro a nivel nacional que los recursos son limitados y que los medicamentos o investigaciones van a tener que demostrar no solamente que son efectivos sino que son costo-efectivos. Esto es a veces muy difícil de entender si el familiar de uno es el que tiene una demencia leve y tiene que esperar hasta que progrese a moderada para recibir el tratamiento farmacológico. Tampoco los pacientes pueden elegir el profesional que los va a atender y muchas veces las listas de espera son prolongadas. La calidad de las evaluaciones psiquiátricas realizadas por especialistas no médicos es a veces cuestionada. Además, debido a la complejidad del sistema, pueden ocurrir errores administrativos que ponen en riesgo la continuidad del tratamiento.

Permanentemente, hay auditorias y nuevas estrategias que buscan solucionar estos problemas y mejorar el sistema para los pacientes y sus familiares. Se trata de premiar a los que logran reconocer errores en el sistema y realizan cambios para mejorarlo.

Solo nos queda preguntar: ¿La reina se atenderá en el NHS?

Agradecimiento

A la Doctora Alejandra Daniela Abramovsky por sus valiosos comentarios sobre el artículo ■

Referencias bibliográficas

1. Beekman ATE, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 174:307-311.
2. Department of Health and Social Security. *Psychogeriatric Assessments Units*, circular HM 70(II). London: HMSO, 1970.
3. Goldber C, Roserving H. Development of services. En: Butler R, Pitt B, editors. *Seminars in Old Age Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists: Gaskell; 1998. p. 193-208.
4. Jha A, Pogson R. *A Clinical Guide to Community Psychiatry of Old Age*. Tiercelb Publishing, 2002.
5. Knapp M, Prince M. Dementia UK. Alzheimer's Society ; London, 2007
6. Lister S. *NHS is the world's biggest employer after Indian Rail and Chinese Army*. The Times Online, 20 de Marzo 2004.
7. National Institute of Clinical Excellence Technology Appraisal 111. *Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and Memantine for the treatment of Alzheimer's Disease*. NICE, 2006.
8. Office for National Statistics. Population Trends. 114 Winter 2003
9. Royal College of Psychiatrists. *Job descriptions for Old Age Psychiatrists Consultants*. 2007.
10. Webster C. *The National Health Service: A Political History*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

Los antipsicóticos en las instituciones geriátricas

Judith Szulik

Médica psiquiatra. Psiquiatra del Nuevo Hogar LeDor Vador. Vicepresidenta de ALAPP (Asociación Latinoamericana de Psicogeriatría). Miembro de International Psychogeriatric Association (IPA).
E-mail: jszulik@fibertel.com.ar

Introducción

En el presente trabajo intentaremos responder algunos interrogantes que surgen en torno al uso de los antipsicóticos (APS) en los pacientes ancianos, en general, y, en las instituciones geriátricas, en particular.

¿Cuáles son las indicaciones de los APS en los ancianos con demencia?

¿Cuáles son los factores que inciden en la decisión de prescribir APS en las instituciones?

¿Cuáles son los efectos perjudiciales de los APS en los viejos?

¿Qué relación existe, en los pacientes con demencia, entre los APS atípicos y el riesgo de padecer eventos cerebrovasculares?

¿Cuál es el efecto de los APS sobre la mortalidad en pacientes con demencia?

¿Cuáles son los síntomas comportamentales de las demencias que responden a los APS?

¿Cuáles son las medidas no farmacológicas a considerar para el manejo de los síntomas comportamentales de las demencias?

La mayoría de los pacientes con demencia desarrollan, en algún momento de la evolución de su enfermedad, síntomas comportamentales y psicológicos

(SCPD) (40). Existe acuerdo sobre la recomendación de aplicar medidas no farmacológicas (Tabla 1) como primera estrategia de elección para el manejo de estos problemas (50); sin embargo, las mismas pueden ser difíciles de implementar en la práctica clínica o pueden resultar insuficientes, por lo cual la prescripción de APS es una práctica muy frecuente, en especial en las instituciones geriátricas (42). El uso de APS se ha incrementado progresivamente en los últimos años, sobre todo, a partir de la disponibilidad de los atípicos, que generaron una gran expectativa al tener, como se creía hasta hace poco tiempo, menos efectos colaterales que los típicos.

Estos agentes fueron reemplazando paulatinamente a los "viejos" APS típicos (34, 51) y su uso se amplió más allá de las indicaciones para las cuales fueron aprobados.

La *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE. UU. aprobó el uso de la mayoría de los antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la esquizofrenia y de la manía, si bien los mismos son empleados además en muchas otras condiciones. Con respecto a los ancianos y, particularmente, a los residentes en instituciones geriátricas, el uso más común es para el tratamiento de los SCPD (síntomas comportamentales y psicológicos

Resumen

En el presente trabajo se aborda el tema del uso de antipsicóticos en la población anciana, en general, y en las instituciones geriátricas, en particular. En los últimos años se incrementó la prescripción de antipsicóticos en las instituciones geriátricas, en especial, a partir de la disponibilidad de los atípicos y su uso se amplió más allá de las indicaciones para las cuales estas drogas fueron aprobadas. En las demencias se indican para el tratamiento de los síntomas comportamentales, a pesar de que fueron aprobados únicamente para los casos de agresividad y de riesgo de daño. La tendencia a perpetuar la medicación antipsicótica en los viejos es común, con los consiguientes efectos colaterales por su uso prolongado. Hace pocos años fue advertido el aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares y de la mortalidad en los pacientes dementes tratados con antipsicóticos atípicos, generándose una polémica respecto a su uso en esta población.

Diversos factores asociados a los cuidadores inciden en la decisión de prescribir un antipsicótico en los viejos. Las medidas no farmacológicas constituyen la primera elección para el manejo de los síntomas comportamentales; las intervenciones farmacológicas deben ser con dosis lo más bajas posibles y de una duración acotada.

Palabras clave: Antipsicóticos - Antipsicótico atípicos - Demencias - Instituciones geriátricas.

ANTIPSYCHOTICS IN GERIATRIC INSTITUTIONS

Summary

The present paper approaches the use of antipsychotics in elder people in general, and particularly in geriatric institutions. During the last few years, prescription of antipsychotics in geriatric institutions increased, especially because of the availability of the atypicals, and their use was extended beyond the indications these drugs had been approved for. In dementia they are suggested for treatment of behavioral symptoms, despite having been approved only for cases of aggressiveness and risk of damage. There is a common tendency of perpetuating antipsychotic medication in elder people, with its consequent collateral effects as well. Few years ago, the increase of both risk of cerebrovascular events and of mortality in dementia patients treated with atypical agents was noticed. This generated controversy regarding their use in those kind of patients.

Diverse factors associated to caregivers affect the decision of prescribing an antipsychotic in elder people. Non-pharmacological interventions are the first choice when treating behavioral symptoms; pharmacological interventions must take place with the lowest doses possible, with limited durations.

Key words: Antipsychotics - Atypicals antipsychotics - Dementias - Geriatric institutions

Tabla 1
Medidas no farmacológicas para el tratamiento de los SCPD (29)

Tratamiento de las interurrencias médicas.
Evaluación de interacciones medicamentosas y efectos colaterales de la medicación.
Corrección de las deficiencias sensoriales.
Identificación y tratamiento del delirium.
Control del dolor.
Soporte para los cuidadores.
Centros de día.
Terapias de reminiscencia, aromaterapia, musicoterapia, etcétera.
Intervenciones ambientales.

de las demencias, *behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD*), a pesar de que se encuentra en revisión, por un lado, el efecto terapéutico de estas drogas para estos síntomas (17) y, por el otro, la seguridad de las mismas, por la posibilidad de provocar efectos colaterales potencialmente graves.

En los EE. UU. fue sancionado en 1987 el estatuto OBRA-87 (*Omnibus Budget Reconciliation*), con el objetivo de proteger a los residentes de instituciones geriátricas de la prescripción inapropiada de APS, típicos en aquel momento, pero que tiene vigencia a través de guías actualizadas, en las cuales están incluidos los atípicos.

Las cifras de prescripción de APS son particularmente elevadas entre los pacientes recién ingresados en instituciones geriátricas (10), a pesar de que suele tratarse de pacientes con comorbilidades y mayor vulnerabilidad a los efectos colaterales de los medicamentos (21, 18). Diversos estudios realizados tiempo después de la implementación del OBRA mostraron una reducción importante de la prescripción de APS en los geriátricos (49, 46).

Según la última guía, los APS estarían adecuadamente indicados en los casos de demencia, únicamente ante la presencia de agresión física o verbal, delirios o alucinaciones; estipulándose además dosis máximas diarias. Las conductas consideradas como inapropiadas para el tratamiento con APS incluyen pérdida de memoria, vagabundeo, indiferencia, inquietud, falta de cooperación y de sociabilidad (11).

Un estudio (8) que utilizó los datos obtenidos de la población residente en instituciones geriátricas beneficiaria del seguro médico (Medicare) en los EE. UU. analizó retrospectivamente el uso de APS en este contexto, con hallazgos muy interesantes. De un total de 693.000 pacientes, más de uno de cada cuatro, un 27.6%, recibía algún APS. Los autores atribuyeron estas elevadas cifras a la tendencia creciente del uso de APS atípicos en los geriátricos durante la última década. De los pacientes medicados, un 20.3% recibía atípicos únicamente, un 3.7% recibía solamente típicos y un 3.6% ambos. Más de la mitad de los medicados con APS tomaban dosis mayores a las máximas estipuladas por las guías de prescripción, o tenían indicaciones inapropiadas, especialmente trastornos de memoria, conductas no agresivas o depresión sin elementos psicóticos. Por otra parte, aún entre los pacientes con indicaciones apropiadas, no pudo establecerse la mejoría sintomática tras el tratamiento con APS.

Otro estudio realizado en Canadá reveló el elevado uso de APS en el marco de las instituciones geriátricas, independientemente de la condición clínica (45).

Diversos factores se asocian con un aumento del riesgo de ser tratado con APS en instituciones geriátricas: la agitación, los disturbios nocturnos, los elementos psicóticos, los comportamientos ofensivos, una mejor movilidad, menor edad y un índice de masa corporal más alto. La dependencia en las actividades de la vida diaria y el funcionamiento cognitivo se correlacionan positivamente en algunos estudios y negativamente en otros (15, 31, 52).

El tratamiento con APS en los pacientes con trastorno cognitivo institucionalizados está determinado no sólo por los síntomas sino también por factores relacionados con los cuidadores y con la situación de cuidado. Lövhelm et al (35) hallaron que el género masculino se asocia con una mayor frecuencia de prescripción de APS, no atribuible a que los hombres pudieran ser más agresivos o agitados, sino a algún tipo de prejuicio que estaría en juego o, tal vez, los varones podrían ser percibidos por parte del personal como más fuertes físicamente y, por lo tanto, más amenazadores. En esta línea podría comprenderse también la correlación entre el uso de APS y la capacidad del paciente para incorporarse sin ayuda. Asimismo, encontraron una asociación entre la sobrecarga de trabajo del personal y la medicación antipsicótica, en coincidencia con otro trabajo (6), que correlacionó la sobrecarga laboral con problemas de comportamiento.

Aquellos enfermos más querulantes o con actitudes negativas hacia sus pares reciben APS con más frecuencia respecto a las personas con mayor sociabilidad (1).

La experiencia clínica aporta algunos elementos en relación a la valoración de los síntomas por parte de los cuidadores que, en definitiva, son los informantes de los que el médico se vale para evaluar los síntomas y decidir el tratamiento, especialmente cuando se trata de pacientes con deterioro cognitivo importante. Resulta llamativo que la valoración de un mismo paciente por parte de dos cuidadores diferentes puede ser completamente distinta, en función del vínculo del cuidador con el paciente, del grado de conocimiento mutuo, de las cualidades y aptitudes del cuidador y de las condiciones emocionales del mismo. Mientras un cuidador puede manejar eficazmente los síntomas

comportamentales con medidas no farmacológicas, a veces intuitivamente, (situación muy común en nuestro medio en el cual contamos con muchos cuidadores institucionales sin formación especializada), otro solicita una evaluación por parte del médico en forma "urgente" con la finalidad de que el paciente sea medicado. Más aún, en muchas oportunidades se observa que, aunque el paciente no haya tenido una respuesta significativa a la medicación, algunos cuidadores refieren que "el paciente está mucho mejor, mucho más tranquilo", probablemente porque ellos están más tranquilos, menos asustados y, por lo tanto, menos sobrecargados. Justamente para intentar soslayar estas cuestiones es que contamos con las escalas de valoración de los SCPD, aunque muchas de ellas son completadas por los cuidadores (36, 55).

Tras un programa educativo (43) dirigido a médicos, enfermeras y a otros miembros del personal de instituciones geriátricas, con el objetivo de reducir el uso de APS mediante la instrucción en el manejo de los SCPD con medidas no farmacológicas, así como también estimular la realización de ensayos de discontinuación en los pacientes medicados, se logró que, en las instituciones que habían participado del programa, disminuyera significativamente el uso de APS así como los días de contención física, sin un aumento en la frecuencia de problemas comportamentales.

Muchas personas medicadas con APS, sobre todo las institucionalizadas, continúan recibiendo la medicación por períodos prolongados (38, 22, 2), es decir, existe una tendencia a perpetuar la prescripción de estos medicamentos una vez instalados, a pesar de que diversos estudios de seguimiento demostraron el incremento de los efectos colaterales a través del tiempo y la ausencia de empeoramiento en el comportamiento una vez suspendidos (13, 7).

A continuación se describen los principales efectos perniciosos de los APS en la población anciana en particular.

Efectos secundarios

Efectos tales como el parkinsonismo, la acatisia, las disquinesias tardías y la somnolencia son más frecuentes y severos en las personas con demencia, si bien con los APS atípicos la frecuencia es menor (25, 26).

Caídas

Las personas con demencia son especialmente vulnerables a las caídas, con las consecuencias de fracturas, especialmente de cadera, internaciones y aumento de la mortalidad. En un estudio reciente los psicofármacos en general y los neurolépticos en particular constituyeron la causa más importante de caídas relacionadas con drogas en los geriátricos (27).

Aceleración de la declinación cognitiva

Los neurolépticos acelerarían la declinación cognitiva en los pacientes con demencia, planteándose diversas hipótesis sobre el mecanismo de este efecto (14, 12, 41).

Prolongación del intervalo Q-T

En el año 2000 se reportó la prolongación del intervalo Q-T por parte de algunos neurolépticos, sobre todo en personas mayores, con el consiguiente riesgo de arritmias y de muerte súbita (44).

Los antipsicóticos típicos se asocian con un aumento del riesgo de internaciones por arritmias ventriculares y por paro cardíaco (32).

Aumento de peso y trastornos en la regulación de la glucemia

Aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares

Diversos organismos de control (Tabla 1) y la industria farmacéutica (Tabla 2) advirtieron sobre la posible asociación entre risperidona y eventos cerebrovasculares, a partir de los resultados de varios ensayos randomizados (28, 16, 9) que encontraron una incidencia más alta de accidentes cerebrovasculares (ACV) y de accidentes isquémicos transitorios (AIT) en los pacientes con demencias tratados con risperidona comparados con placebo (4% contra 2%). Cabe destacar que dichos estudios incluyeron un número importante de pacientes con demencia vascular y factores de riesgo vascular significativos, tales como antecedentes previos de ACV, diabetes, hipertensión, hiperlipidemias y fibrilación auricular.

Herrmann et al (23, 24) realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de incluir un número más grande de pacientes (1.4 millones de personas mayores de 65 años) y comparar el riesgo de eventos cerebrovasculares entre los que recibieron antipsicóticos típicos, los que recibieron risperidona y un tercer grupo que recibió olanzapina. En este estudio no se encontró un aumento estadísticamente significativo en el riesgo para ACV asociado con el uso de risperidona u olanzapina comparados con el uso de antipsicóticos típicos.

Estos resultados son coincidentes con otros estudios, que evaluaron el riesgo de ACV entre los diferentes APS atípicos (incluyendo la quetiapina) y entre éstos con los APS típicos y con las benzodiacepinas (53, 19).

Los mecanismos propuestos para explicar la asociación entre los APS atípicos y los eventos cerebrovasculares incluyen fenómenos tromboembólicos, cardiovasculares (hipotensión ortostática, arritmias), sedación excesiva, con la consecutiva deshidratación y hemoconcentración, e hiperprolactinemia.

Layton et al (30) tampoco encontraron diferencias significativas en la incidencia de ACV o AIT entre risperidona o quetiapina comparadas con olanzapina, durante los primeros seis meses de tratamiento. Sin embargo, consideran que la demencia constituiría un importante factor de riesgo. En esta línea, Liperoti et al (33) plantean la hipótesis de la posible interacción entre los factores de riesgo vasculares preexistentes con algunos APS atípicos para incrementar el riesgo.

De los ensayos controlados con antipsicóticos atípicos analizados por Ballard et al (5) recientemente (ver Tabla 3) se desprende que:

La risperidona y la olanzapina produjeron una mejoría significativa de la agresividad comparadas con placebo.

Los pacientes con psicosis tratados con risperidona mejoraron significativamente.

Tabla 2
Advertencias sobre el aumento del riesgo de ACV y de mortalidad con APS atípicos.

Organismo	Fecha	Advertencia
Comité de Seguridad de Medicamentos del Reino Unido (CSM)	Marzo 2004	Risperidona y olanzapina no deben emplearse para el tratamiento de problemas conductuales asociados con demencias debido al aumento del riesgo de ACV y de mortalidad.
Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMA)	Marzo 2004	Incremento en el riesgo de efectos adversos cerebro-vasculares y mortalidad en pacientes ancianos con demencia que reciben olanzapina. Ésta no está indicada para el tratamiento de desórdenes de conducta en pacientes ancianos con demencia.
Food and Drug Administration (FDA)	Abril 2005	Asociación de antipsicóticos atípicos con aumento de la mortalidad en ancianos con demencia, por lo cual requerirá que se modifiquen los prospectos de estos medicamentos, agregando una advertencia en un recuadro destacado donde se describan los riesgos descriptos y se haga notar que tales medicamentos no están aprobados para el tratamiento de desórdenes de conducta en pacientes ancianos con demencia.
Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica de Argentina (ANMAT)	Abril 2005	Informa que requerirá a los laboratorios la modificación de los prospectos, haciendo notar que los antipsicóticos atípicos no están aprobados para el tratamiento de desórdenes de conducta en ancianos con demencia, agregando una advertencia en un recuadro, donde se describan los riesgos descriptos de los antipsicóticos atípicos asociados con el aumento de la mortalidad en pacientes ancianos con demencia.

Los pacientes tratados con risperidona y con olanzapina tuvieron una incidencia significativamente más alta de eventos cerebrovasculares severos, de efectos extrapiramidales, de edemas y de infecciones respiratorias altas.

Hubo un aumento del abandono en los pacientes tratados con dosis de risperidona de 2 mg y de olanzapina de 5-10 mg.

Los autores concluyen que más allá de la relativa eficacia de estos APS para el tratamiento de la agresividad y de la psicosis en las demencias, los mismos no deben ser usados de rutina en estos pacientes excepto que hubiera riesgo de daño físico para los cuidadores o convivientes.

Aumento de la mortalidad

Un estudio retrospectivo que comparó el riesgo de muerte entre los pacientes con demencia medicados con APS típicos, atípicos y sin APS, tanto en el ámbito comunitario como en el institucional, demostró la asociación entre el uso de APS atípicos y el incremento de la mortalidad a los 30 días, con respecto a los no medicados, en ambos contextos. El riesgo persistió a los 180 días (20). Respecto a los típicos el riesgo fue aún mayor, en coincidencia con otros ensayos (39, 56).

Por otra parte, en un seguimiento a un año (54), que comparó la mortalidad en pacientes con demencia medicados con APS con respecto a los que no recibieron APS, la tasa de mortalidad en demencia fue del 23.8%, siendo significativamente más alta en los sujetos que no recibieron APS (26.8% versus 20.6%).

También se observó la reducción de la mortalidad en pacientes medicados que tenían enfermedad de Alzheimer, mientras que no hubo diferencias en la mortalidad en pacientes con demencia vascular o mixta, independientemente de la prescripción de APS.

Aquellos que fallecieron durante el año de seguimiento, comparados con los sobrevivientes, eran más viejos, tenían puntajes inferiores en el Mini-mental State, más SCPD y demencias más avanzadas.

Un hecho importante a tener en cuenta cuando se considera el aumento del riesgo de ACV o de mortalidad en pacientes con demencia que reciben APS atípicos es que el riesgo relativo para ACV en la población con demencia comparada con la población sin demencia es 2.6 (57). Asimismo, cuando se realizan investigaciones que demuestran el incremento del riesgo, debe considerarse que la presencia de factores comórbidos de riesgo ha sido correctamente considerada.

A lo largo del texto puede observarse que, cuando se analiza el tema del uso de APS, existen elementos periféricos o extrínsecos a las drogas (incidencia de los

Tabla 3
Advertencias de los laboratorios sobre el uso de risperidona y olanzapina
en pacientes de edad avanzada con demencia.

ADVERTENCIA DE LOS LABORATORIOS CORRESPONDIENTES PARA ANCIANOS CON DEMENCIA

RISPERIDONA

- * Mayor mortalidad en tratados con risperidona que con placebo.
- * Mayor mortalidad con la asociación risperidona-furosemida que con risperidona furosemida solas.
- * Mayor incidencia de eventos colaterales cerebrovasculares en tratados con risperidona que con placebo.
- * Aumento del riesgo de Síndrome Neuroléptico Maligno y de hipersensibilidad a los antipsicóticos en Enfermedad de Parkinson y en Demencia con Cuerpos de Lewy.

OLANZAPINA

- * Mayor mortalidad en tratados con olanzapina que con placebo.
- Factores de riesgo: edad, disfagia, sedación, malnutrición, afecciones pulmonares, benzodiacepinas.
- * Mayor incidencia de eventos colaterales cerebrovasculares en tratados con olanzapina que con placebo.
- Factores de riesgo: antecedentes de infarto cerebral, accidente isquémico transitorio o con factores de riesgo vasculares.

SCPD, contexto en el que los mismos aparecen, particularidades que el marco institucional confiere a la prescripción de la medicación, cuidadores, conveniencia de utilizar medidas no farmacológicas para el tratamiento de los SCPD, etcétera) y factores propios de los mismos (las diferencias entre los típicos y atípicos, las particularidades de los pacientes ancianos y con demencia respecto a estas drogas, la relación costo/beneficio de la indicación de APS, las dosis que se emplean, el tiempo por el cual se indican, etcétera).

Asimismo, entre los autores, y según los resultados de las distintas investigaciones, existen dos posturas divergentes en cuanto al uso de APS atípicos en los viejos (3) con demencia. Aquellos que se oponen a su uso (4) fundamentan su postura, sintéticamente, en el mayor riesgo de eventos cerebrovasculares y de mortalidad, además de otros efectos perjudiciales, por un lado, y, por el otro, en el cuestionamiento de la eficacia de estas drogas para estos síntomas.

En el otro extremo se encuentran los que opinan que los APS deben considerarse como una opción terapéutica (48), basándose en la dificultad para interpretar los hallazgos sobre ACV, AIT y otros eventos cerebrovasculares, especialmente en los casos de enfermedad de Alzheimer sin factores de riesgo vascular, y sosteniendo que el tratamiento debe comenzar con dosis bajas y tener la mínima duración posible. Además, plantean el riesgo de que los profesionales, si son desalentados a utilizar los APS atípicos, indicarán más neurolépticos, con

el perfil de efectos secundarios conocidos y los insuficientemente estudiados en el riesgo para ACV y mortalidad.

Finalmente, algunas consideraciones específicas sobre la prescripción de APS en las instituciones geriátricas:

Está demostrado el aumento en la prescripción de APS en los pacientes recién ingresados en los geriátricos (10). Esto se debe, en parte, a las reacciones de adaptación que se producen en los pacientes como consecuencia del impacto que produce la mudanza a la institución (37).

Los comportamientos agresivos se encuentran entre los síntomas más problemáticos y angustiantes y constituyen un hecho fundamental en los geriátricos, siendo los pacientes agresivos los que más reciben psicofármacos (47).

Existe la tendencia a prolongar la medicación antipsicótica por tiempo indefinido. Es común encontrarse con pacientes que reciben APS desde mucho tiempo atrás, indicados originalmente, por ejemplo, por un cuadro de delirium que remitió pero que no se acompañó de la discontinuación de la medicación.

El uso adecuado de APS en pacientes ambulatorios con demencias, en muchas ocasiones, contribuye al manejo de ciertos síntomas que, de no poder controlarse eficazmente, derivan en la institucionalización, pudiendo, de esta forma, posponerse la misma ■

Referencias bibliográficas

1. Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotics among nonagenarian residents in long-term institutional care in Finland. *Age Ageing* 2006; 35(5): 508-13.
2. Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: a three-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(3): 288-95.
3. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 2): 5-99; discussion 100-102.
4. Ballard C, Cream J. Drugs used to relieve behavioral symptoms in people with dementia or an unacceptable chemical cosh? Argument. *Int Psychogeriatr* 2005; 17(1): 4-12; discussion 22-9.
5. Ballard C, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2.
6. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr* 2004; 16(3): 295-315.
7. Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S. Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1997; 10(3): 119-26.
8. Briesacher BA, Limcangco MR, Simoni-Wastila L, Doshi JA, Levens SR, Shea DG, et al. The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes. *Arch Intern Med* 2005; 165(11): 1280-5.
9. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(2): 134-43.
10. Bronskill SE, Anderson GM, Sykora K, Wodchis WP, Gill S, Shulman KI, et al. Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: incidence, dose, and specialist contact. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(5): 749-55.
11. Centers for Medicare and Medicaid Services. Interpretive guidelines for long-term care facilities. In: *State Operations Manual*. Baltimore, Md: Centers for Medicare and Medicaid Services 2004; appendix PP.
12. Chlan-Fourney J, Ashe P, Nylen K, Juorio AV, Li XM. Differential regulation of hippocampal BDNF mRNA by typical and atypical antipsychotic administration. *Brain Res* 2002; 954(1): 11-20.
13. Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P, Billig N, Taylor L, Woosley R. Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1999; 159(15): 1733-40.
14. Court JA, Piggott MA, Lloyd S, Cookson N, Ballard CG, McKeith IG, et al. Nicotine binding in human striatum: elevation in schizophrenia and reductions in dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease and Alzheimer's disease and in relation to neuroleptic medication. *Neuroscience* 2000; 98(1): 79-87.
15. Craig D, Passmore AP, Fullerton KJ, Beringer TR, Gilmore DH, Crawford VL, et al. Factors influencing prescription of CNS medications in different elderly populations. *Pharmacoevidiol Drug Saf* 2003; 12(5): 383-7.
16. De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S, et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999; 53(5): 946-55.
17. Draper B, Brodaty H, Low LE, Saab D, Lie D, Richards V, et al. Use of psychotropics in Sydney nursing homes: associations with depression, psychosis, and behavioral disturbances. *Int Psychogeriatr* 2001; 13(1): 107-20.
18. Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ* 2003; 326(7389): 580.
19. Finkel S, Kozma C, Long S, Greenspan A, Mahmoud R, Baser O, et al. Risperidone treatment in elderly patients with dementia: relative risk of cerebrovascular events versus other antipsychotics. *Int Psychogeriatr* 2005; 17(4): 617-29.
20. Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007; 146(11): 775-86.
21. Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoret C, et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am J Med* 2005; 118(3): 251-8.
22. Hagen B, Esther CA, Ikuta R, Williams RJ, Le Navenec CL, Aho M. Antipsychotic drug use in Canadian long-term care facilities: prevalence, and patterns following resident relocation. *Int Psychogeriatr* 2005; 17(2): 179-93.
23. Herrmann N, Lanctôt KL. Do atypical antipsychotics cause stroke? *CNS Drugs* 2005; 19(2): 91-103.
24. Herrmann N, Mamdani M, Lanctôt KL. Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents. *Am J Psychiatry* 2004; 161(6): 1113-5.
25. Jeste DV, Lacro JP, Bailey A, Rockwell E, Harris MJ, Caligiuri MP. Lower incidence of tardive dyskinesia with risperidone compared with haloperidol in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(6): 716-9.
26. Jeste DV, Okamoto A, Napolitano J, Kane JM, Martinez RA. Low incidence of persistent tardive dyskinesia in elderly patients with dementia treated with risperidone. *Am J Psychiatry* 2000; 157(7): 1150-5.
27. Kallin K, Jensen J, Olsson LL, Nyberg L, Gustafson Y. Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *J Fam Pract* 2004; 53(1): 41-52.
28. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 107-15.

29. Landreville P, Bédard A, Verreault R, Desrosiers J, Champoux N, Monette J, et al. Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities. *Int Psychogeriatr* 2006; 18(1): 47-73.
30. Layton D, Harris S, Wilton LV, Shakir SA. Comparison of incidence rates of cerebrovascular accidents and transient ischaemic attacks in observational cohort studies of patients prescribed risperidone, quetiapine or olanzapine in general practice in England including patients with dementia. *J Psychopharmacol* 2005; 19(5): 473-82.
31. Lindesay J, Matthews R, Jagger C. Factors associated with antipsychotic drug use in residential care: changes between 1990 and 1997. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(6): 511-9.
32. Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Mor V, et al. Conventional and atypical antipsychotics and the risk of hospitalization for ventricular arrhythmias or cardiac arrest. *Arch Intern Med* 2005; 165(6): 696-701.
33. Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Mor V, et al. Cerebrovascular events among elderly nursing home patients treated with conventional or atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(9): 1090-6.
34. Liperoti R, Mor V, Lapane KL, Pedone C, Gambassi G, Bernabei R. The use of atypical antipsychotics in nursing homes. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(9): 1106-12.
35. Lövhelm H, Sandman PO, Kallin K, Karlsson S, Gustafson Y. Relationship between antipsychotic drug use and behavioral and psychological symptoms of dementia in old people with cognitive impairment living in geriatric care. *Int Psychogeriatr* 2006; 18(4): 713-26.
36. Matusevich D, Szulik J. Escalas de medición de trastornos de conducta en las demencias de tipo Alzheimer. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* 1997; VIII (29): 203-215.
37. Matusevich D, Szulik J. Síndrome de adaptación al geriátrico (S. A. G.). *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* 1997; VIII (29): 203-215.
38. Mirandola M, Andretta M, Corbari L, Sorio A, Nosè M, Barbui C. Prevalence, incidence and persistence of antipsychotic drug prescribing in the Italian general population: retrospective database analysis, 1999-2002. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006; 15(6): 412-20.
39. Nasrallah HA, White T, Nasrallah AT. Lower mortality in geriatric patients receiving risperidone and olanzapine versus haloperidol: preliminary analysis of retrospective data. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(4): 437-9.
40. O'Connor DW. Epidemiology of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (Suppl.1): 41-5.
41. Perry EK, Kilford L, Lees AJ, Burn DJ, Perry RH. Increased Alzheimer pathology in Parkinson's disease related to antimuscarinic drugs. *Ann Neurol* 2003; 54(2): 235-8.
42. Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatr* 2004; 16(1): 61-74.
43. Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Lichtenstein MJ, Griffin MR, Fought R, et al. Reducing antipsychotic drug use in nursing homes. A controlled trial of provider education. *Arch Intern Med* 1993; 153(6): 713-21.
44. Reilly JG, Ayis SA, Ferrier IN, Jones SJ, Thomas SH. QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet* 2000; 355(9209): 1048-52.
45. Rochon PA, Stukel TA, Bronskill SE, Gomes T, Sykora K, Wodchis WP, et al. Variation in nursing home antipsychotic prescribing rates. *Arch Intern Med* 2007; 167(7): 676-83.
46. Rovner BW, Edelman BA, Cox MP, Shmueli Y. The impact of antipsychotic drug regulations on psychotropic prescribing practices in nursing homes. *Am J Psychiatry* 1992; 149(10): 1390-2.
47. Ryden MB, Bossenmaier M, McLachlan C. Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Res Nurs Health* 1991; 14(2): 87-95.
48. Shah A, Suh GH. A case for judicious use of risperidone and olanzapine in behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Int Psychogeriatr* 2005; 17(1): 12-22; discussion 22-9.
49. Shorr RI, Fought RL, Ray WA. Changes in antipsychotic drug use in nursing homes during implementation of the OBRA-87 regulations. *JAMA* 1994; 271(5): 358-62.
50. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293(5): 596-608.
51. Snowden J, Day S, Baker W. Current use of psychotropic medication in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2006; 18(2): 241-50.
52. Sørensen L, Foldspang A, Gulmann NC, Munk-Jørgensen P. Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16(2): 147-54.
53. Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(10): 968-76.
54. Suh GH, Shah A. Effect of antipsychotics on mortality in elderly patients with dementia: a 1-year prospective study in a nursing home. *Int Psychogeriatr* 2005; 17(3): 429-41.
55. Szulik J. Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias (SCPD): Nuevas líneas de investigación. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* 2001; XII (44): 107-118.
56. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005; 353(22): 2335-41.
57. Zhu L, Fratiglioni L, Guo Z, Winblad B, Viitanen M. Incidence of stroke in relation to cognitive function and dementia in the Kungsholmen Project. *Neurology* 2000; 54(11): 2103-7.

Los Centros de Día para Adultos Mayores

Una alternativa válida a la Institucionalización Geriátrica

Gonzalo Abramovich

Psicólogo. Uriburu 650. 1027 Ciudad de Buenos Aires.

E-mail: gabramovich@amia.org.ar

La atención de los ancianos dependientes en la Argentina

La Argentina es un país demográficamente envejecido ya que su población de adultos mayores de 60 años supera el 13,4 % de la población total (por arriba del 7% se habla de una población envejecida) y esta cifra se prevé que crecerá a un 24,2 % para el año 2050.

Los nuevos desafíos que representan estas cifras en el campo de la salud y la previsión social requieren una cuidadosa planificación pensando en el futuro:

Nélida Redondo (11) advierte respecto de la necesidad de considerar estos temas en la agenda pública: "El aumento de la proporción de personas mayores en una sociedad exige adecuaciones de salud, de vivienda, de servicios sociales y otras que pueden y deben ser anticipadas y planificadas si se procura evitar la emergencia de situaciones problemáticas."

Al incremento de la longevidad se ha sumado un nuevo fenómeno que hasta ahora parecía haber pasado desapercibido para el común de la gente y para los profesionales: los ancianos discapacitados con alto grado de dependencia funcional.

Durante el proceso de envejecimiento, fenómeno irreversible, continuo y universal, se producen un aumento del grado de dependencia en una parte de la población mayor: el 40 % de los adultos mayores de 60 años de la Argentina tiene una o más discapacidades. (5)

Según los datos del ENDI (Encuesta Nacional sobre Discapacidad) del 2001 en nuestro país el 7,2 % del total de la población tiene alguna discapacidad (2.176.123 personas) y de ellas casi el 40 % tiene 65 y más años; si se analizan estos datos se puede apreciar que la mayor prevalencia de discapacidad se registra entre los adultos mayores:

28,3 % de los adultos mayores tiene alguna discapacidad frente al 5,5 % de edades entre los 15 y los 64 años (5)

Casi cuatro de cada diez mayores tienen dos o más discapacidades y es una tendencia que se profundiza con la edad: mientras que entre los mayores que tienen una discapacidad el 53 % tiene 75 y más años, entre los que tienen tres o más discapacidades el 74% es mayor de 75 años. (5)

La importancia de la incidencia de la dependencia en nuestra población se refleja en los estudios estadísticos que demuestran que uno de cada cinco hogares tiene alguna persona discapacitada en su seno. Las personas con algún tipo de discapacidad necesitan apoyo y asistencia. En la mayoría de los casos son sus familias y los miembros de su propio hogar quienes le brindan ese sostén.

En la Argentina existen muy escasos servicios orientados a atender a personas adultas mayores con algún tipo de dependencia de modo que logren integrarse a la comunidad y desarrollen actividades que le ayuden a alcanzar una mejor calidad de vida.

En el aspecto de la infraestructura urbanística, la ciudad no está diseñada para que los adultos mayores con discapacidad puedan circular ni disfrutar de todo lo que la ciudad propone para el resto de la población; las barreras urbanísticas, de transporte y de comunicación que padecen los ancianos dependientes hacen que éstos se vayan reclusando en sus viviendas, perdiendo sus vínculos familiares y sociales, no concurriendo a los servicios de salud, retrayéndose y aislándose progresivamente.

Para poder vivir una vida sin riesgos de exclusión física y social, los adultos mayores dependientes requieren espacios de encuentro, contención, integración

Resumen

En el artículo se presenta un panorama general de la situación de la población de adultos mayores con diversos grados de dependencia y de los programas destinados a satisfacer sus necesidades.

Se establece la definición conceptual de los Centros de Día diferenciándolo de otros sistemas de atención diurna y se analizan los alcances y límites del modelo. Finalmente se presenta el proyecto de un Centro de Día destinado a la atención de ancianos vulnerables con y sin discapacidades físicas recientemente inaugurado por la AMIA (la Asociación Mutual Israelita Argentina), en Buenos Aires.

Palabras clave: Centro de día - Prevención - Rehabilitación - Socialización - Institucionalización - Vulnerabilidad.

DAY CARE CENTERS FOR SENIOR CITIZENS. A VALID ALTERNATIVE TO GERIATRIC INSTITUTIONALIZATION.

Summary

This paper presents a general outlook of the situation of old age people with different levels of dependency, and of the programs aimed at satisfying their needs.

Also, the conceptual definition of Day Care Center is established, comparing this concept to other day care systems, as well as the analysis of this model's scope and limitations. Finally, it presents a Day Care Center project aimed at assisting physically disabled and non physically disabled old age people, which has been recently inaugurated by AMIA (Asociación Mutual Israelita Argentina), in Buenos Aires.

Key words: Day Care Center - Prevention - Rehabilitation - Socialization - Institutionalization - Vulnerability.

social, conservación y fortalecimiento de sus capacidades y rehabilitación. Es por ello que se necesitan crear espacios funcionales orientados a lograr estos objetivos.

Un número importante de adultos mayores, en la medida que van avanzando en edad, van perdiendo capacidades para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD) y las instrumentales (AIVD) tales como: manejo del dinero, uso del teléfono, posibilidad de utilizar un medio de transporte, etc. Además adquieren secuelas que constituyen discapacidades severas, acompañadas del temor lógico a la adquisición de nuevas discapacidades por lo que van reduciendo las actividades de la vida diaria y las operacionales, desarrolladas con autonomía.

Las discapacidades -aún cuando sean leves- pueden transformarse en impedimentos para la permanencia en el medio; en tales circunstancias el soporte informal, principalmente el cuidado y los recursos proporcionados por cónyuges e hijos adultos, resultan imprescindibles para el desempeño de la vida cotidiana. Sin embargo ante carencias en el sostén familiar y / o exceso en la carga de dependencia, emergen situaciones de tensión que, frecuentemente, derivan en pedidos de institucionalización. Debe tenerse en cuenta que la creciente participación en el mercado laboral y la residencia no compartida limitan, en las grandes ciudades, incluidas las de nuestro país, la capacidad de ayuda de las redes familiares.

N. Redondo (11) afirma que: "El soporte formal -a través de una adecuada planificación de servicios domiciliarios y comunitarios- debe complementarse con la acción de cuidadores informales, o suplirlos en caso de carencia de los mismos, a fin de facilitar la permanencia del anciano en su medio, evitando su internación crónica.

Uno de los déficit más notorios es la falta de desarrollo de este tipo de servicios que procuran mantener en sus hogares a las personas mayores con algún tipo de dependencia, proporcionando cuotas de asistencia domiciliaria de distinto tipo según las necesidades evaluadas por un profesional que gerencia el caso y son consensuadas con el anciano y el grupo familiar."

Si bien es de esperar que sean los ancianos de edad extrema los que se constituyan en principales demandantes de este tipo de servicios, la población objetivo de la planificación debe abarcar a la denominada "población de ancianos de alto riesgo" (psicofísico, funcional o social).

De acuerdo con la OMS (7), los grupos de adultos mayores en situación de riesgo son :

Muy ancianos (80 años y más)

Los que viven solos.

Las mujeres ancianas viudas y solteras.

Los ancianos institucionalizados.

Ancianos socialmente aislados (individuos o parejas)

Ancianos sin hijos.

Ancianos con limitaciones severas o discapacidad.

Parejas de ancianos en los que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo.

Ancianos con escasos recursos económicos.

Creemos que cada vez más se irán incrementando los espacios de articulación de las problemáticas de la vejez y la discapacidad; en Europa los expertos ya denominan a las necesidades de las personas discapacitadas

que envejecen y de los viejos que se vuelven dependientes como la "Emergencia Silenciosa" y se preparan para brindar los servicios que den respuesta a esta demanda.

La gerontología puede aportar muchos avances en el campo de los servicios sociales, sanitarios y la prevención de la dependencia mientras que los avances obtenidos en materia de accesibilidad desde el área de discapacidad son muy importantes.

Los Centros de Día para adultos mayores, dentro de los sistemas de atención diurna, ha demostrado ser un excelente recurso para asistir a la población de ancianos dependiente y vulnerable.

Los Centros de Día para adultos mayores: perspectiva histórica

Los Centros de Día para ancianos en sus diversas variantes ofrecen diferentes servicios para los adultos mayores y permiten que las personas que concurren a sus actividades puedan permanecer por más tiempo en sus hogares y en su comunidad. Estos sistemas de atención diurna aparecen en las primeras décadas del siglo XX en Europa y se desarrollan hasta alcanzar su actual estatus. El crecimiento de este tipo de institución se vio favorecido, sobre todo a partir de la década del 60 por los movimientos tendientes a promover la des-institucionalización y posteriormente con el auge de los paradigmas de atención comunitaria cuyo lema en el ámbito gerontológico ha sido el de "envejecer en casa".

Las primeras experiencias de atención diurnas provienen del campo de la medicina, más específicamente de la psiquiatría cuando en 1920 (4) se desarrollan en Rusia programas destinados a ofrecer cuidados diurnos para enfermos mentales y luego para discapacitados psíquicos, buscando alternativas a la hospitalización. Estas experiencias se repetirán en Canadá y se crean los primeros "Hospitales de Día" para tratar de manera ambulatoria a pacientes con patología psiquiátrica. En los años cincuenta esta idea se comienza a aplicar en los cuidados de los ancianos en el Oxford Hospital y ocho años más tarde se pondría en marcha el primer centro destinado exclusivamente para esta finalidad en Crowley Road, Oxford.

Inglaterra ha sido y probablemente continúe siendo el país que más ha desarrollado este tipo de sistema de cuidados para ancianos en el ámbito de la intervención sanitaria, como bien lo describiera el Dr. Mario Strejilevich, (12), en ocasión de su visita a los servicios gerontológicos de este país.

Inglaterra viene integrando sus recursos hospitalarios y comunitarios desde entonces y contabilizaban 480 Hospitales de Día geriátricos en 1988 y 27.000 plazas de Centros de Día en 1991.

En los Estados Unidos, a fines de los 60 comienza a desarrollarse un movimiento a favor de los cuidados diurnos y que desembocarán en la creación de los primeros Hospitales y Centros de Día para adultos mayores. El número de establecimientos ha crecido enormemente en los últimos años.

En el resto de Europa (4) el proceso de implantación de este tipo de centros está siendo mucho más lento y conceptualmente confuso (exceptuando el Reino Unido en donde la diferenciación entre los Hospitales y Centros de Día esta mucho mejor delimitada.

Strejilevich (12) establecía la siguiente diferenciación: *"El hospital de día para ancianos u hospital geriátrico de día está destinado a prestar servicios de evaluación y tratamiento rehabilitatorio, cubriendo siempre las áreas psico-físicas, aunque el daño predomine en alguna de ellas. Sus múltiples actividades deben ser consideradas formas de un acto terapéutico complejo, interdisciplinario, programado y progresivo"*

En esta definición se diferencian de los Centros de Día en que en estos últimos la rehabilitación podría centrarse más específicamente sobre la actividad psicosocial a través del trabajo recreativo, la terapia ocupacional y la actividad grupal planificada que apunta a estimular la comunicación interpersonal y grupal.

El desarrollo de los Centros de Día en la Argentina

En la Argentina desde la creación del primer centro de jubilados por parte de ex trabajadores ferroviarios, acontecido en 1921, hasta nuestros días no ha habido un desarrollo considerable de este tipo de sistemas de atención. Por el contrario a partir de la década del 70 se produjo un verdadero *boom* con la creación de establecimientos geriátricos en detrimento de sistemas de atención domiciliarios y comunitarios.

Desde 1980 los centros de jubilados han tomado un impulso muy importante y surgieron (sobre todo en la ciudad de Buenos Aires) una importante cantidad de clubes y centros recreativos para la tercera edad, entre ellos probablemente el más antiguo de la Capital Federal: "El Club Edad de Plata" con más de 50 años de existencia. En general, los clubes de jubilados se caracterizan por estar dirigidos y coordinados por los propios adultos mayores y los clubes o centros recreativos por contratar a profesionales para su dirección.

En nuestro país la creación de este tipo de servicios tienen sus antecedentes en dos experiencias que provienen de vertientes diferentes (10) Por un lado el trabajo social y la tarea de grupalización de adultos mayores concretadas por los profesionales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, popularmente conocido como el "PAMI", en la década de 1970 y que llegaron a contar con 15.000 adultos mayores bajo programa una década después de su inicio. La segunda experiencia deviene del exitoso incremento y del impulso que adquirieron los centros de jubilados, sobre todo a partir de 1983 cuando se reinstala la democracia en nuestro país.

En 1978 se creó en Buenos Aires, por iniciativa privada un Centro de Día dirigido por los Doctores Barca y Gastrón, que fue el primero en su tipo en América Latina que funciona como un centro médico multiservicios orientado a los cuidados médicos continuados ambulatorios e incluye el Hospital Geriátrico de Día. (7)

La crisis económica desatada en 1989 obligó el desarrollo de programas específicos para brindar una respuesta a las necesidades alimentarias de los ancianos como el Programa Bienestar del PAMI surgido en 1992 para dar respuestas asistenciales y preventivo-sociales a la población vulnerable de esta obra social. Las modalidades de asistencia son la entrega de bolsones y la concurrencia a comedores. Existen experiencias muy interesantes en las que funcionan Centros de Día en locales de centros de jubilados. Las actividades son

coordinadas por los profesionales del PAMI y por la dirección del centro de jubilados.

En 1989 nacen los Hogares de Día en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires que están destinados a atender las necesidades de adultos mayores de 60 años cuya situación socioeconómica y la de sus familiares, les impide cubrir sus requerimientos durante el día, y que no tengan problemas límites de alojamiento. En general la población objetivo de los Hogares es autoválida desde el punto de vista funcional con problemática socioeconómica o de aislamiento.

Hasta ese momento el único programa de atención para ancianos disponible dentro del sistema público era la institucionalización. (6) Los Hogares de Día aparecieron dentro del contexto democrático y su surgimiento se inspiró en algunas de las recomendaciones de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982, que hizo especial énfasis en facilitar la permanencia del anciano en comunidad y en el ámbito familiar y brindar espacios de participación activa.

La mayoría de los Hogares de Día tienen sede en instituciones barriales (clubes de barrio, centros culturales, sociedades de fomento, instituciones religiosas, etc.) que ceden su espacio para el funcionamiento de los mismos. Esta situación facilita la integración de los Hogares con la comunidad con la desventaja de que en general las facilidades de estos edificios no están adaptadas para ancianos con discapacidad.

Actualmente (6) en la Ciudad de Buenos Aires funcionan 21 Hogares de Día y 4 Clubs de fin de semana y un Centro de Actividades ubicados en diferentes barrios de la ciudad. La cantidad de beneficiarios del programa asciende a 1500 ancianos. Se trata sin duda de una experiencia exitosa que atiende las necesidades de un importante número de ancianos aunque todavía queda mucho camino por recorrer.

Una encuesta realizada por la consultora Gallup en 1991, encargada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre una muestra de jubilados y pensionados de diferentes regiones del país, que intentaba medir su participación y conocimientos en asociaciones, centros y clubes, mostró que a pesar de que el número de esas organizaciones había aumentado y de que recibían mayores recursos y subsidios del PAMI y algunos municipios solo el 15,3 % de los encuestados estaba afiliado o pertenecía a alguna de estas entidades.

En cuanto a la creación de Centros de Día orientados a la atención de una población dependiente y frágil, lamentablemente no ha habido un desarrollo importante en cuanto al número de centros, sobre todo cuando se analizan las estadísticas sobre ancianos dependientes en nuestro país. Algunas causas posibles se mencionan en las conclusiones del artículo.

Los Centros de Día: definición conceptual

España ha desarrollado una importante actividad para atender las necesidades y la atención social de la dependencia. Actualmente cuenta con diversos sistemas de atención diurna para ancianos y gran cantidad de Centros de Día.

De acuerdo con la modalidad española y según la definición conceptual establecida por los profesionales españoles un Centro de Día se define en este proyecto

Modelo	Dependencia	Objetivo	Duración del Servicio	Destinatarios
Hospital de Día	Servicios Sanitarios	Valoración geriátrica con tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud	Programa cerrado. Período de pocos meses	Pacientes geriátricos vulnerables que precisan atención sanitaria
Centros de Día	Servicios sociales y socio sanitarios	Prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias	Flexible. Hay situaciones que tienden a cronificarse	Personas mayores con problemas de pérdida de autonomía funcional y / o psico social
Hogares y/o Clubes	Servicios Sociales	Prevención, socialización, información y formación	Indefinida	Personas mayores autónomas

como: un servicio socio sanitario y de apoyo familiar que funciona durante el día y ofrece atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por discapacidad con diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. (4)

Los Centros de Día para ancianos tienen características que le son propias y lo diferencian de otros sistemas de atención diurna.

El siguiente cuadro (4) permite establecer una comparación entre los sistemas de atención diurna más difundidos:

En la Argentina un grupo de trabajadores sociales que se dedicó a estudiar el tema formuló la siguiente definición:

"El Centro de Día es una organización mixta (ancianos, profesionales, voluntarios, familiares, técnicos) e intersectorial (donde confluyen distintos sectores de la política social), de carácter privada o pública, destinada a mayores de 60 años. En sus diferentes modalidades puede dirigirse a personas autoválidas o dependientes, desarrolla su acción dentro de una franja horaria estipulada e impulsa un programa de actividades psico-socio-terapéuticas tendiente a optimizar la calidad de vida de sus concurrentes". (10)

En los EE. UU. como en países europeos se ha generado una gran variedad de sistemas de atención diurna cuyos programas se inclinan en algunos casos a desarrollar una acción predominantemente de orden sanitario y de rehabilitación mientras que otros establecimientos responden a un modelo de atención psico-social. Esto dependerá la mayoría de las veces de la institución o las personas que patrocinen el funcionamiento de los centros.

El debate abierto en los EE. UU. al respecto de cual debería ser el modelo que predomine, social o sanitario ha dado lugar a que el *National Institute of Adult Daycare* se expida estableciendo la siguiente definición en el año 1984:

"El cuidado diurno para adultos es un programa grupal de base comunitaria, que atiende a las necesidades de las personas mayores con discapacidad funcional a través de un plan de cuidados individual."

Está estructurado en base a un amplio programa que ofrece una variedad de servicios de salud, sociales y de sopor-

te, en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero en un período inferior a 24 horas de cuidados.

Las personas que participan en un sistema de cuidados diurnos acceden durante a unas horas establecidas en su plan de atención. Estos programas contribuyen a que sus participantes permanezcan en su entorno habitual, permitiendo a sus familias y otros cuidadores continuar cuidando y manteniendo en el hogar a su familiar discapacitado."

La experiencia internacional permite diferenciar dos tipos de centros, definiendo el campo de intervención y los usuarios: (4)

Unidades que atienden a personas con problemas de discapacidad funcional física o psíquica-social, siempre que mantengan un adecuado nivel de comunicación y contacto con el entorno.

Unidades que atienden a personas que padecen deterioros cognitivos importantes, muy especialmente demencia senil tipo Alzheimer. Es importante destacar que este recurso es eficiente únicamente en el caso de personas que cuentan con algún familiar que pueda mantener en el domicilio la atención que se brinda en los centros.

Por razones obvias en el primer caso los concurrentes tienen la posibilidad de participar de manera más activa en la toma de decisiones en cuanto al diseño de su "plan de vida" y de las actividades del centro.

Objetivos de los Centros de Día como recursos socio-sanitarios (4)

El objetivo general de la mayoría de los centros es el de favorecer condiciones de vida dignas para las personas mayores dependientes y sus familiares, facilitando la continuidad de sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía.

Los objetivos específicos de los Centros de Día son los de posibilitar que los concurrentes puedan:

Recuperar y/ o mantener el máximo grado de autonomía personal que permita sus potencialidades.

Prevenir el incremento de la dependencia mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas.

Ofrecer un marco adecuado donde pueda desarrollar relaciones y actividades sociales gratificantes.

Evitar institucionalizaciones innecesarias y no deseadas.

Facilitar la permanencia de las personas mayores dependientes en su entorno habitual.

Mejorar o mantener el nivel de salud de los usuarios a través del control y seguimiento de sus enfermedades y deterioros.

Facilitar la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana, ofreciendo los apoyos necesarios.

Brindar un apoyo social y asistencial a las familias que realizan el esfuerzo de mantener a las personas mayores discapacitadas en su medio.

Prevenir y/ o solucionar los importantes conflictos que se producen en el entorno familiar en el intento de mantener la permanencia del adulto mayor en el domicilio con sus modos y espacios vitales.

Dotar a las familias de las habilidades necesarias para la realización de las tareas de cuidados.

A continuación presentaremos un modelo de trabajo de centro de día recientemente inaugurado por la Asociación Mutual Israelita (AMIA) en Buenos Aires.

El Centro integral para adultos mayores de la AMIA

En la Argentina se observa -respecto de otros países envejecidos- una falta de adecuación en el diseño de algunas políticas y programas destinados a los ancianos, fundamentalmente en los dirigidos a los grupos de riesgo. (11)

A mediados del año 2005 la AMIA inició un ambicioso e innovador proyecto destinado a satisfacer las necesidades de un importante número de personas mayores en situación de vulnerabilidad social y económica. Un porcentaje importante de esta población tiene algún grado de discapacidad.

Un equipo técnico del Departamento de Programas Sociales de la institución que tiene una vasta experiencia en el campo social y asistencial elaboró un proyecto que fue presentado ante el Consejo Nacional de Políticas Sociales para su evaluación. El mismo consistía en la creación de un Centro de Atención Integral para Adultos Mayores que pudiera recibir e integrar en sus grupos a personas de más de 60 años con y sin discapacidad motriz.

El proyecto fue aprobado en el transcurso del año 2005 e inmediatamente comenzaron las obras hasta su finalización y posterior inauguración en junio del año 2006.

La construcción y el equipamiento de las instalaciones del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores de AMIA, fue posible gracias al apoyo del Consejo Nacional de Políticas Sociales, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y también a la colaboración del *American Jewish Joint Distribution Committee*.

Características del Centro

El Proyecto que la AMIA diseñó para responder a las necesidades de la población mayor en situación de vulnerabilidad social con y sin discapacidad física se caracteriza por integrar a servicios sociales y servicios de salud en un mismo ámbito físico proponiendo una modalidad de trabajo interdisciplinario y de equipo.

El Centro fue construido sin barreras arquitectónicas y con plena accesibilidad

En la planta baja se ubica el espacio destinado para el Centro de Salud Comunitario. En el primer y segun-

do piso funcionan el Centro de Día y el club de la Tercera Edad.

Los profesionales de planta que integran el Centro de Día son: trabajadoras sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeuta, enfermera, personal administrativo, de maestranza y voluntarios. En AMIA funciona un cuerpo de voluntarios bastante importante que se integra y colabora en las diferentes áreas.

Se brindan servicios de comida -que por tratarse de una institución judía es comida *kosher*- servicio social, orientación familiar, salud, consultoría gerontológica, asesoramiento previsional, cuidadores domiciliarios, bancos de insumo ortopédico, socialización, etc.

Centro atención integral para adultos mayores de la AMIA: programas principales

Centro de Día

El Centro de Día tiene capacidad para recibir hasta 300 adultos mayores con y sin discapacidad motriz.

El Centro de Día para personas dependientes de 60 y más años constituyen una alternativa válida a la institucionalización prematura de estos ancianos y complementan y alivia la labor de las familias, mejorando la calidad de vida de las personas mayores dependientes y su permanencia en el hogar.

Centro de salud comunitario (CESAC)

En el mismo edificio donde funciona el Centro de Día se instalará un Centro de Salud Comunitario, denominado comúnmente como "CESAC" y que dependerá del área de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y que va a estar a cargo de profesionales formados en hospitales públicos.

Este Centro será el primero en su tipo especializado en la atención de la población de adultos mayores con una orientación hacia la prevención y la rehabilitación.

Contará con diferentes especialidades tales como: geriatría, fisiatría, ginecología, kinesiología, enfermería, etc. Dispondrá de un vacunatorio, una farmacia donde se entregarán de forma absolutamente gratuita remedios genéricos, dos boxes de kinesiología; y un gimnasio de rehabilitación.

La atención será libre y gratuita para todos los adultos mayores a partir de 60 años.

Club de la tercera edad "JOFESH"

En las instalaciones del Centro Integral funciona un club para adultos mayores conocido como JOFESH, que en hebreo significa libertad o vacaciones y que ya tiene 25 años de existencia. El club funciona todos los días por las tardes con excepción del día sábado. Las actividades son múltiples y variadas y se reparten entre los talleres, las actividades del área física, recreativas, culturales y sociales. Además se realizan paseos, excursiones y propuestas durante todo el verano al aire libre.

El régimen de actividades en cuanto al encuadre y a los horarios es más flexible que en el centro de día y se hace mayor hincapié en lo recreativo - social que en las actividades terapéuticas y de rehabilitación.

Area de capacitación y servicios

En el Centro Integral se desarrollan diversas actividades de capacitación y formación en gerontología.

En AMIA funciona un Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios que desde hace 13 años viene formado cuidadores. El Curso de Cuidadores de AMIA ha obtenido un reconocimiento por parte de la Dirección de Tercera Edad del GCBA y podrá acreditar a sus egresados para que puedan trabajar en el ámbito de la Ciudad. De Buenos Aires.

La AMIA ofrece un servicio de intermediación gratuito para las familias y los adultos mayores que lo requieren a diario.

Conclusiones

Los Centros de Día para adultos mayores con algún grado de dependencia constituyen una alternativa válida a la institucionalización prematura del anciano y permiten prolongar en el tiempo la permanencia en sus hogares, envejeciendo en sus casas y en su comunidad. A su vez estos sistemas de apoyo y atención ambulatorios constituyen un verdadero "alivio" y "respiro" para el grupo familiar y principalmente para los "cuidadores informales" que tienen que atender las necesidades del adulto mayor dependiente.

Los Centros de Día no reemplazan a las instituciones geriátricas cuando el anciano alcanza un alto grado de dependencia que requiera de un amparo prolongado y cuidados continuos. Cuando esto no sucede resulta importante y perentorio evitar las institucionalizaciones de todos los casos que puedan ser atendidos dentro de la comunidad (1)

La modalidad de centro de día se complementa muy bien con cuidados domiciliarios y acompañamiento gerontológico.

La creación y desarrollo de Centros de Día, que en otros países se encuentran muy difundidos, solamente será posible a partir del impulso de los diversos sectores involucrados: El sector privado que ofrece servicios de salud geriátrica; las familias que brindan una insustituible función de apoyo y sostén, los propios ancianos y el Estado. Este último actor es el más importan-

te y clave para la apertura de estos centros ya que el sector privado en general se ha volcado al desarrollo de instituciones destinadas al alojamiento y cuidados del anciano en residencias y establecimientos geriátricos que resultan más atractivos por su mayor rentabilidad. La articulación de servicios sociales y de salud representan un avance frente a los modelos tradicionales que tienden a Los Centros de Día orientados a la atención de ancianos con trastornos cognitivos y demencias deberían estar entre las prioridades a la hora de planificar servicios de atención diurnos. La experiencia internacional demuestra que los Centros de Día realizan una tarea eficaz postergando la institucionalización y brindando alivio a los familiares de los concurrentes.

El modelo presentado desarrollado por la AMIA incorpora la modalidad de centro de día dentro de un abanico más amplio de servicios intentando brindar una atención que responda a las necesidades de los adultos mayores de manera integral. Para finalizar, es importante resaltar que los sistemas alternativos a la institucionalización geriátrica (cuando están correctamente indicados) no siempre resultan más económicos que la institucionalización del anciano, pero, sin duda, permiten una mejor calidad de vida de los mismos, que pueden, de este modo prolongar su vida independiente y mantenerse integrados al entorno familiar y social por más tiempo.

"Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra vida anterior: No hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador. Contrariamente a lo que aconsejan los moralistas, lo deseable es conservar a una edad avanzada pasiones lo bastante fuertes como para que nos eviten volvernos sobre nosotros mismos. La vida conserva valor mientras se acuerda valor a la de los otros a través del amor, la amistad, la indignación, la compasión. Entonces sigue habiendo razones de obrar o de hablar. "

Simone de Beauvoir (2) "La Vejez" ■

Referencias bibliográficas

1. AGEBA. La Institucionalización y sus Costos. *Cuadernos de Gerontología*, Año 6, nº 11, noviembre de 1993.
2. Beauvoir S. *La Vejez*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1970.
3. Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M. *Key Policy Issues In Long Term Care. The Cross-Cluster Initiative on Long - Term Care*. World Health Organization Geneva And The WHO Collaborating Centre for Research on Health of The Elderly JDC - Brookdale Institute. Geneva, 2003
4. Centros de Día para Personas Mayores Dependientes - Guía Práctica- Documentos Técnicos-IMSERSO- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1999.
5. ENDI. www.indec.mecon.gov.ar- Censo 2001/ Encuestas Complementarias/Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad.
6. Groba G. *Informe de Gestión, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Tercera Edad, Depto. de Hogares de Día*, Buenos Aires, 2004.
7. Informe Sobre Tercera Edad en la Argentina. Secretaria de Tercera Edad y Acción Social, Buenos Aires, 2001.
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*, 2001.
9. Ludi, M. *Envejecer en un contexto de (des) protección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social*. Espacio Editorial, Buenos Aires, 2005.
10. Paola J, Penas L, Fernández M, Pérez O, Martínez L, Demarco M. *Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores: realidad y análisis de los Centros de Día*. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2003.
11. Redondo N. *Ancianidad y Pobreza-Una investigación en sectores populares urbanos*. Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1990.
12. Strejilevich M. *Temas de Psicogeriatría*, Ediciones 1919, Buenos Aires, 1990.



La salud mental en China* Las edades de la vida

Gregorio Bermann

Gregorio Bermann, célebre maestro de la psiquiatría argentina, miembro del Comité fundador de la Organización Mundial de la Salud y Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América latina (APAL), visitó por primera vez la República Popular China en octubre de 1957 por invitación del Consejo Chino de la Paz y, en 1965, realizó un segundo viaje por iniciativa de la Asociación Médica China para conocer sus instituciones psiquiátricas. En 1967, un año después de estallar la Revolución Cultural, viajó por tercera vez. Enterado de esas visitas el Prof. Ari Kiev solicitó a Bermann la redacción de un capítulo sobre su experiencia para la obra *Psychiatry in the Communist World* (La psiquiatría en el mundo comunista) que compiló y editó, en 1968, en Nueva York. Ese texto, más otros pasajes, primera referencia mundial sobre el tema, fueron reunidos por Bermann en su famoso libro *La salud mental en China*, que apareció en Buenos Aires en 1970. De esa obra hemos extraído para esta Sección el Capítulo XV "Las edades de la vida" que retrató en la época aspectos culturales y psicosociales de la población de ese país en las distintas etapas del ciclo vital.



(*) Bermann G. *La salud mental en China*. Buenos Aires: Editorial Jorge Alvarez, 1970, pp. 179-195.

Cap. XV. LAS EDADES DE LA VIDA

A - Niñez

Por todas partes se ve cantidad de criaturas robustas, lozanas, redondas. Cuando va a una guardería, el extranjero se siente encantado con los pequeños que se abrazan a sus piernas, se prenden de sus faldas, llamándolo tío o títo. Son espontáneos y vivaces, en contraste con los chicos y chicas más crecidos, a menudo huraños y díscolos, aunque siempre curiosos de las ropas y largas narices de los blancos. En el período preescolar se les prodiga mimos, hacen su voluntad, gozan de libertad, pero desde que empiezan a concurrir a la escuela, el panorama cambia. Los adultos se vuelven exigentes, tienen que hacer cuidadosamente sus deberes escolares, tomar cuenta de su higiene personal, y además cumplir con los trabajos manuales que se les encomienda. ¿En qué medida esta libertad de los primeros años, este respeto a la espontaneidad de las criaturas, influye en la formación de su carácter? ¿Y cómo condiciona los rasgos de carácter de la personalidad de los adultos la educación disciplinada del período escolar? ¿Qué relación hay entre ambas tendencias formativas? Desde el principio son condicionados en las guarderías y en las escuelas, en sus hogares y en las comunas agrarias para pensar y actuar como miembros de grupos, y no como individuos, de la misma manera que en su desarrollo ulterior están encuadrados en otros condicionamientos colectivos. Así se van formando naturalmente sus hábitos y su mentalidad socialista.

El clima familiar es sustancial para la formación de la personalidad de las criaturas y por lo tanto de los adultos. Algo adelantamos en el párrafo sobre la familia y el hogar, y en verdad no se puede conocer la condición de los niños sin conocer aquélla. Así lo ha comprendido un destacado experto en la materia, el doctor Denis Lazure, en su informe al III Congreso Internacional de Psiquiatría¹. Valdría la pena exponer en detalle los resultados de su encuesta mediante una serie de preguntas significativas, además de su estudio de las instituciones, y la aplicación del Test de Apercepción Temática (T.A.T.) que realizó su esposa. Mientras son muy raros los casos de enuresis, pavor nocturno, tartamudeo, conducta antisocial, los síntomas más frecuentes, demostrativos de tensión y ansiedad exageradas, eran los tics faciales, la onicofagia y los sentimientos de celos y rivalidad con los hermanos. Lazure comprobó también la escasez de psicosis, de neurosis, de alteraciones del carácter y de conducta antisocial, en contraste con las comprobaciones hechas por un grupo de investigadores de Hong-Kong. Hallaron que el proceso es similar al grave de la minoridad delincuente comprobado en otras partes del mundo occidental, aun cuando la población sea casi íntegramente china².

Como a mí, llamó la atención de Lazure que se niegue la existencia de la debilidad mental, al punto que los educadores, psiquiatras y psicólogos no consideran

necesarias las clases diferenciales. Los pocos niños que padecían de torpeza intelectual podían alcanzar a sus camaradas de clase, puesto que los maestros y los alumnos más brillantes los ayudaban, consagrándoles una atención muy especial. En resumen, se destaca en todos un fuerte sentido cívico, pero al mismo tiempo una estereotipia en el pensamiento y en el comportamiento. “El Estado no se coloca entre el niño y sus padres, sino más bien por encima de éstos. Una tal sociedad asigna naturalmente a cada individuo un rol bien determinado, y esta estructura, en la presente faz al menos, parece un factor favorable a la salud mental de los chinos”.

Son muy importantes las condiciones de la vida escolar. A falta de experiencia directa recurre a las entrevistas que mantuvo Jan Myrdal con el director y los maestros de una escuela rural de la zona de Yenan³. Señalamos sólo algunos puntos del minucioso relato. La escuela es mixta, con 109 muchachos y 68 niñas, distribuidos en 6 clases, de las cuales las 4 primeras forman la escuela elemental inferior, las dos últimas la escuela elemental superior. Los maestros son todos jóvenes y entusiastas, trabajan duramente y preparan con cuidado las lecciones. Conforme a la tarea asignada por el partido, “la enseñanza debe servir a la política proletaria y debe estar combinada con el trabajo productivo. Debemos dar a los alumnos conocimientos elementales y una técnica elemental. Los alumnos estudian, pero después de las lecciones participan como pueden en el trabajo productivo, en la huerta de la escuela. Deben sentir el honor del trabajo de modo a no despreciar el trabajo”. “Los profesores están en contacto con los padres para tratar diferentes cuestiones. Si se plantean problemas para el escolar, si sus estudios no son satisfactorios o si la situación familiar es difícil, discutimos de esto en el curso de las reuniones con los padres y en el seno de la dirección de la escuela. Los profesores van también a casa de los padres y hablan con ellos. Se discute entonces la manera de estudiar del alumno, cómo vive, cómo trabaja en la casa. Se evalúan sus buenos y malos aspectos. Puede suceder que haya padres que estiman que los chicos no deben ir a la escuela. Puede ser que les falte mano de obra en la familia y quieran que quede en la casa para hacerlo trabajar. Entonces hablamos con los padres de la necesidad de la instrucción. Los llevamos a que comprendan su importancia y nos ponemos de acuerdo”.

Están totalmente prohibidos los castigos corporales, cualesquiera sean las circunstancias. Discuten con los alumnos, discuten con los padres; en los casos extremos pueden expulsar a un alumno, pero si bien esto es un artículo del reglamento, jamás hubo necesidad de una expulsión; emplean otros métodos que los antiguos: ya no más lecciones de memoria; se preocupan en despertar el interés de los alumnos por los estudios. Es necesario que ellos quieran aprender algo por ellos mismos. La educación de la escuela debe ser tal, que tengan verdaderos deseos de ir a ella, que amen sus estudios y que comprendan por qué es necesaria la instrucción. Antes,

¹ Denis Lazure: *La Famille et la jeunesse dans la Chine Nouvelle*, Comunicación presentada al Tercer Congreso Mundial de Psiquiatría, Montreal, 1961. Ver también del mismo autor: *Famille et Jeunesse en Chine Nouvelle, L'Higiène Mentale au Canada*, 1961, NQ 5.

² Lee, Li & Wright: *Children with Problems*. Child Guidance Centre, Hong-Kong University, 1966. Introduction por P. M. Yap.

³ Jan Myrdal: Obra cit., págs. 316-838.

la escuela formaba eruditos sin ninguna comprensión de la vida real. Los chicos no aprenden sólo la teoría sino también la práctica. Puesto que explican a los alumnos que el fin de sus estudios es ponerlos en condiciones para construir la patria, los alumnos trabajan con mucho entusiasmo, cosa que no sucedía en otros tiempos. Enseñan la higiene y la limpieza. Cuando vienen a la escuela, no conocen gran cosa de esto, pues ésta es una región atrasada y sucia. Los alumnos ayudan a las familias a cambiar sus costumbres: les enseñamos a convencer suavemente a sus padres en lo que concierne a la higiene, pero sin estimularlos en manera alguna a discutir con los adultos. Por el contrario, dan gran importancia a que respeten las personas de mas edad. Su labor es colaborar con los padres. "La escuela y el hogar deben permanecer unidos. Nuestro fin es hacer que nuestros niños trabajadores gocen de una buena salud, cultiven el amor de su patria socialista, sean portadores de cultura, prestos a la colaboración".

Se empeñan en formar personalidades "dulces e insinuantes", dispuestas a, colaborar y orientadas hacia la colectividad. "Es necesario que los niños estén conscientes de su pertenencia a un grupo. Les enseñamos a ayudarse los unos a los otros. No a competir, sino a ayudarse". En cada caso, y especialmente en éste, traen ejemplos demostrativos.

B - Adolescencia, juventud, madurez

Veamos ahora el problema de la adolescencia, etapa de tantos trastornos mentales y conductuales entre nosotros. En Occidente, la edad juvenil es un período eminentemente crítico, y no por razones simplemente endocrinas o biológicas, como se ha dicho y escrito tanto, sino porque tiene que enfrentarse a tantos problemas y responsabilidades en condiciones que le son a menudo adversas. Las dificultades que los muchachos y muchachas encuentran para conquistar un lugar en la vida, los problemas de su vocación, trabajo, los del amor, de la fundación de una familia, las que derivan de su condición de miembro de una comunidad, es decir los sociales y políticos, las trabas a su desarrollo y la formación de su personalidad, acentúan el desencanto y la desesperación, exacerbando los conflictos íntimos y llevan a toda suerte de alteraciones psicológicas y psicopatológicas, con el cortejo de actividades y reacciones antisociales'. La adolescencia y la juventud de hoy, a menudo escenario de iracundias, de perversiones y anormalidades. En un mundo en plena transformación y ebullición, los jóvenes no hallan debido lugar y posición, y son fuente de justa preocupación⁴.

El actual régimen chino ha encarado y resuelto de otra manera los problemas juveniles. Ofrece a las fuerzas y al entusiasmo juvenil amplio campo de acción, y no en sentido figurado o especulativo, sino en uno muy concreto y actual, en el de la reconstrucción de su Patria, y en un mundo en curso de profundas transformaciones, que obligan a un trabajo y estudio incesante. Mao los estimula en este sentido, tal como lo hizo Lenin en su famosa alocución a los jóvenes. Reconoce el rol que ha jugado la juventud intelectual y estudiantil en los movimientos de su patria: ustedes son millones, les

decía, pero no son sin embargo la fuerza principal; ésta está formada por los trabajadores y campesinos, que constituyen el 90 % de la población. Y los incitaba a unirse con todo el pueblo, a comprender a las masas. Daba como ejemplo el movimiento juvenil en Yenan, porque hizo este trabajo, después de haber establecido entre ellos mismos la solidaridad y unidad. Las condiciones actuales del país exigen a sus ciudadanos un máximo esfuerzo, una disciplina y un espíritu de sacrificio, una austeridad, dirigidas todas a realizar la nueva Patria, fundirla en un todo orgánico, en que un orden justo ocupe el lugar del caos y la anarquía. Jamás en la historia China se ha dado tan grande oportunidad a generaciones juveniles. Para ellos la radiante visión de Miranda en la inmortal obra de Shakespeare: "¡Bella Humanidad! ¡Oh, espléndido mundo nuevo, que tales gente produce!".

El hombre ha tenido que abandonar la actitud arrogante y mandona a que lo había acostumbrado el ejercicio de la autoridad patriarcal conforme a los cánones rígidamente establecidos en miles de años. En este sentido la liberación de la mujer ha ejercido una influencia altamente beneficiosa, al volverlo a su condición humana con la igualización de derechos y obligaciones, dentro del campo colectivo. Por otra parte, definitivamente libre de las carencias materiales a que se veía constantemente sometido, y exacerbado en los períodos agudos de hambrunas por calamidades naturales, las guerras civiles e internacionales u otras causas, con la seguridad en los medios de vida por su trabajo permanente, está en mejores condiciones para dar impulso y vuelo a sus necesidades espirituales. Estas están inextricablemente unidas a todo el presente y sobre todo al futuro de la revolución, en la forma en que se expresa y actúa la revolución cultural. "No pensar más que en la felicidad actual, hablar solamente de 'sol pacífico' y de 'cielo claro y azul', dice Soong Ching Ling, sería un error y dañaría a su felicidad futura. Sería facilitar el camino a la restauración de los males de la antigua sociedad... No es que no queramos el sol pacífico y el cielo claro y azul para nuestros hijos, pero la realidad es que estamos oscurecidos actualmente por las nubes negras acumuladas por los imperialistas y los reaccionarios del mundo".

Rewi Alley en su libro *Yo Banfa* hizo conocer hace años la nueva actitud del pueblo chino. Tal vez no haya otro extranjero que haya viajado a través de China y la conozca tanto en su pasado y presente como Rewi Alley, que escribió una docena de libros sobre esa experiencia. Este neozelandés convive con el pueblo chino desde hace cuarenta años, se hizo célebre por su colaboración pionera en el movimiento de la producción industrial de pequeñas cooperativas llamadas Gung Ho (trabajando juntos), en el trabajo para aliviar el hambre en Mongolia Interior, en las cooperativas artesanales de Pekín, y particularmente en la fundación y organización de escuelas de entrenamiento para jóvenes, al principio en Sandan y en otras partes del Noroeste y el Oeste (Provincia de Chunghai), donde aprendían técnicas industriales y modos de convivir en cooperativas. El título de la obra se explica así: "En la vieja China, en las ciudades y aldeas, explotadas y hechas ruinas, sujetas a

⁴ Traté de esta cuestión en *Juventud de América* (Ed. Cuadernos Americanos, México, 1946).

perpetuas guerras, hambrunas, inundaciones y pestes, se oía un grito acompañado por miradas de ira y desesperación, el grito de gente que no veía salida. Ese grito perseguía, obsesionaba, se extendía como una epidemia. Un camión se quedaba estancado, el conductor descendía, miraba la máquina destartada, la amenazaba con el puño y murmuraba con furor salvaje: 'Mei Yo Banfa' (No hay salida). Refugiados con niños hambrientos, soldados muriéndose de tétano murmuraban desesperadamente: 'Mei yo Banfa'. Era el grito de los derrotados. Luego comenzaron a aparecer hombres que cambiaron la tonada. A medida que los imperialistas japoneses iban penetrando, esos hombres les hacían frente. El 'Mei yo Banfa' se convirtió en el 'Yo Banfa' (¡Hay manera! ¡Se puede hacer!). En todas partes los hombres comenzaron a considerar sus trabajos, y las dificultades vencidas, a la luz de la esperanza. Comenzaron a volverse el uno hacia el otro y a decirse 'Yo Banfa'. Hay todo un mundo nuevo en estas palabras que significan respeto hacia sí mismo, hacia el otro, hacia las ilimitadas potencialidades de su pueblo y el futuro glorioso que se abre ante su país".

Por todas partes se afirma la confianza en sí mismo, sobre todo después de la ruptura unilateral por parte de los soviéticos de los pactos fraternales de asistencia técnica y científica. Fue un shock, una herida a su orgullo nacional, que estimuló sus poderes de creación y de trabajo. Los obligó a valerse solitariamente de sus conocimientos y recursos, estuvieron necesariamente llevados a saber más y a explotar lo que tenían, y así adquirieron más confianza en sus propias fuerzas. Lo repiten en las visitas a fábricas e instituciones, mostrando lo que han hecho, con orgullo pero sin soberbia. Apretaron los dientes, y una decisión implacable se percibe en todos los aspectos de la vida, y no sólo en los técnicos y científicos.

El hecho más resonante fue la investigación atómica que estalló en la explosión de la primera bomba el 16 de octubre de 1964, en el desierto Takle Makau, en la lejana provincia de Sinkiang.

En la actualidad el hombre y la mujer chinos están empeñados tenazmente en la construcción de su patria y en la lucha contra el imperialismo y la posible restauración del capitalismo en alguna de sus formas. Todo está subordinado a estos fines, hasta extremos de fanatismo, de modo que no hay lugar para la libertad ni para los fines privados. La filosofía comunista se ha enseñoreado radicalmente de la gente, para preparar una condición humana superior, en que sus integrantes podrán desarrollar sus aptitudes y potencias espirituales. El pueblo chino se halla en una etapa de un desarrollo de largos alcances, en el que sacrifica sin vacilar sus intereses del momento en aras de los grandes beneficios futuros.

C - La mujer

La literatura y los relatos de viajeros han informado abundantemente sobre la situación hasta hace poco lamentable, a menudo lancinante, de las mujeres en China. "Abyecta fue en la cuna, abyecta vive...", dice una canción de un poeta hace XVI siglos. Si el nacimiento de un varón era motivo de regocijo y gratitud al destino, el de una hija lo era de decepción y sufrimiento. Entre los más pobres solía dárseles muerte apenas nacidas, o eran vendidas en tiempos de necesidad. En la segunda infancia se les asignaba el futuro marido y era entregada a la familia del novio antes de llegar a la

pubertad en condición servil, bajo la tiranía de la futura suegra. Viejos proverbios chinos traen a la memoria la aversión misógina del medioevo cristiano, en particular de un San Gerónimo: "Hay que escuchar a la mujer y no creerla", "la lengua de las mujeres es su espada, nunca la dejan enmohecer". Si hay algo que salta a la vista en todas partes en China, es la igualdad de los sexos, la consideración que se les guarda, los rangos que rápidamente han ido adquiriendo en tan pocos años en los más diferentes cargos directivos en empresas industriales, profesionales, culturales, en los campos y en las ciudades. Se las ve en los trabajos delicados y calificados como en los más rudos y penosos, hasta donde alcancen sus fuerzas. Sobre todo son apreciadas en las tareas sanitarias, docentes y culturales, en escuelas, guarderías, hospitales, etc. Si en las tareas rurales los hombres se atribuían antes el sostén de la casa, hoy sus compañeras se desempeñan a su par y hacen oír su voz e imponer su razón cuando la tienen. Se acabó la autoridad arbitraria de padres, maridos y suegras, y los castigos corporales que antes se les infligía frecuentemente son vistos como un delito. Esto no se ha logrado sin luchas y por la simple disposición de las leyes; ha sido necesario un prolongado esfuerzo de esclarecimiento, tanto por parte de los organismos del Estado y del partido, como de las asociaciones de mujeres, los comités de vigilancia de barrios, etc.

Terminó la degradación y opresión de las mujeres, y ellas, redimidas y en pleno y natural goce de sus derechos y dignidad, son fervientes defensoras del nuevo orden por cuya consolidación trabajan. Con la instalación de decenas de miles de guarderías para sus criaturas, las madres se liberan de la servidumbre doméstica, pueden consagrarse confiadamente a las tareas más diversas, sin que peligren el bienestar y el cuidado de sus hijos.

El hecho de que las mujeres hayan dejado de ser ese inmenso sector de la población sumergida y oprimida tiene extraordinarias consecuencias para la salud mental, también de los hombres y de las criaturas. Discriminada antes en todos los órdenes de la vida, su situación provocaba resentimientos, humillaciones, conflictos, agresividades, antagonismos, desventuras sin cuento ni medida, que terminaba a veces en el suicidio o en la locura. No se ha enfatizado bastante el rol que esta condición de la mujer ha jugado en la etiología y en el desencadenamiento de neurosis, desajustes sexuales y amorosos, psicosis reactivas, depresiones, y otras formas de alienación en el mundo del siglo XIX en Occidente y también del presente, pese a la creciente marcha hacia la igualización de las condiciones de vida y los derechos de ambos sexos. En China, después de un período de tanteos y de largas campañas de reeducación, ya no se discute el ascenso de la mujer hacia una plena condición humana. Los problemas de salud mental que puedan tener las mujeres bajo el nuevo régimen provienen de otras fuentes, las que son propias a toda persona en una sociedad en rápido y tumultuoso desarrollo.

D - Vida sexual y amorosa

El problema sexual y del amor, tan preñado habitualmente de consecuencias en patología mental, no puede dejar de interesar a un psiquiatra. Por eso, pese a las reservas de mis interlocutores, intenté develar el misterio, y digo misterio porque a menudo son impe-



netrables y dan informaciones harto escuetas, cuando no el silencio por respuesta. Llama la atención la escasez de estudios nacionales sobre las llagas o aspectos íntimos de su propio pueblo, al menos los que han llegado a nuestro conocimiento. Por ejemplo en lo que se refiere al opio, a la cuestión sexual, al erotismo, a las perversiones sexuales. Una especie de vergüenza o de pudor les impide entrar en el tema, o lo rozan apenas. Nada de desnudarse anímicamente, como los rusos, a la manera de Dostoievsky. Cuando no pueden dar una imagen positiva o alentadora, evitan hablar, e inclusive de estar en contacto con extranjeros indagadores. Quise conocer la bibliografía china sobre el tema sexual, y requerí una lista de las obras concernientes a la riquísima biblioteca pública de Shanghai. Al principio el director negó que hubiera libros al respecto, pero ante mi insistencia prometió tenerme la lista para los próximos días. Cuando regresé, me ofreció cuatro libros, tres de los cuales eran de autores extranjeros y uno de fisiología endocrina...

Y sin embargo la historia de la erotología china es abundante (aunque no en la proporción de la hindú), como puede verse en la revisión de Etiemble⁵, en *Sexual life in ancient China*, por Van Gulik, leyendo los versos febriles de una monja budista del siglo XVIII clamando por el amado, o las consideraciones sobre el amor de Chou Chuan en el siglo XVII⁶. La libertad sexual que existía antes, ha desaparecido. En la reproducción del texto de Mao sobre el movimiento campesino en Junan (marzo de 1927), al tratar de la creciente libertad de las campesinas pobres debido a razones económicas, libertad que no tenían las mujeres de posición más desahogada, dice: "Gozan también de considerable libertad sexual. Entre los campesinos pobres, la relación triangular y multilateral son casi universales"⁷. Este párrafo no consta en la traducción española del "Informe sobre la investigación verificada en Junan acerca del movimiento campesino" (edic. en Lenguas Extranjeras, Pekín, 1961, pág. 39).

Ahora las cosas han cambiado radicalmente, la austeridad y el puritanismo en las costumbres sexuales se han entronizado en un grado que no existe en ningún otro país. El latinoamericano, habituado a otro régimen, no encontrará eco a sus deseos ~⁸, que se lo quite de la cabeza, no tendrá ninguna posibilidad, porque además la prostitución ha sido abolida de verdad; recuerdo a un cubano que después de dos años de permanencia volvía ansioso a su tierra para estar con su esposa. Aun conviviendo, las relaciones prematrimoniales no sólo son mal vistas, hasta constituyen un delito; me relataba un profesor de inglés e inglés él mismo, del muy concurrido Instituto de Idiomas de Sian, que en ocho años se dieron cinco casos entre estudiantes, todos los cuales fueron exonerados. No parece que sea porque los chinos fueran menos temperamentales que la gente de otra parte. Una campesina de las proximidades de Yenán declaró en 1962 a Jan Myrdal: "Se dice de las chinas que son frías porque ellas no van besándose o tomados del brazo por las calles, pero esto no es verdad. Somos como altos hornos, si frías por fuera, quemamos interiormente".

El corresponsal de Le Monde Robert Guillain, agudo observador que pasó largas temporadas en China, señala la obligación impuesta por el régimen comunista al mayor número posible de jóvenes chinos de practicar una castidad tan completa y tan prolongada como sea posible.

Más de 100 millones de jóvenes chinos en la flor de la edad son mantenidos en esta rigurosa castidad, exigida por una moral más severa que la de un seminario católico y asegurada por el formidable aparato del encuadramiento colectivo, por la vigilancia mutua, por la denuncia a las autoridades, por la vida en comunidad, en fin, que no permite ninguna actividad secreta. "Un buen ciudadano chino de hoy hasta los treinta años, si es hombre, y hasta los veinticinco si es mujer, no conoce el amor, no habla de amor, y se esfuerza en pensar en ello lo menos posible. Es claro que esta abstinencia obligatoria y universal tiene por primer motivo la voluntad de frenar el crecimiento de la población, pero esto no se dice jamás. En cambio lo que se invoca es el motivo moral, y, curiosamente, es aún el motivo político. Una sanción política golpea a los jóvenes que cometen la falta de abandonarse a sentimientos amorosos antes de la edad autorizada, o también, que, ya casados, los dejan transparentar al exterior. La expresión de sentimientos románticos denuncia disposiciones burguesas y revisionistas que hay que reprimir. El buen comunista hace pasar al amor después de las necesidades de la producción económica, y sabe también que las dos son inconciliables. El amor es importuno pues perturba la producción, hace irregular al trabajador, socava su energía y le hace perder su celo político"⁹.

⁵ Etiemble: *Connaissances-nous la Chine?* Cap. "Le Tapis de Prière en Chair". Paris, Gallimard, 1964.

⁶ Lin Yu-tang: *La importancia de comprender*. Ed. Sudamericana, 1961, pág. 166 y sigs.

⁷ R. Schram: *The Political Thought of Mao Tse-tung*, pág.187. Prager Publishers, 1968.

⁸ Raimundo Fares cuenta el gracioso episodio de un visitante sudamericano que confesó a su intérprete su desazón por la falta de relaciones sexuales. El intérprete le dijo que le resolvería el que lo esperara en la habitación del hotel. Se acicaló y se perfumó en espera de la mujer... Cuando golpearon abrió la puerta, encontrándose frente a cuatro personas que lo tomaron de los brazos, suavemente lo colocaron sobre la cama y le pusieron una inyección, con lo cual acabaron rápidamente sus ansias!!

⁹ Robert Guillain: *Dans 30 ans la Chine*, pág. 182. Ed. du Seuil, 1965.

El despistaje de las infracciones por las diferentes instancias es llevado hasta un "clima de represión anti-sexual" que ha provocado en ciertos casos dramas, y aun suicidios. Pero, agrega Guillaín, esto es la excepción; millones de jóvenes chinos aceptan con coraje y aprueban una tal moral austera, como la fe de los primeros cristianos, y atribuye el clima psicológico a menudo asfixiante que reina en el país, en parte, al peso de una inmensa represión. No en vano un periodista argentino ha publicado su largo reportaje a China con el título de "Un inmenso convento sin Dios". El coronel Li en un franco diálogo con Snow le transmite las normas reinantes entre los soldados: en el ejército no se admite que nadie juegue con las mujeres, se enseña a los hombres un código moral rígido; ningún hombre quiere que su esposa sea echada a perder; "un ejército con ideales socialistas no ensucia su propio nido; nuestros hombres no quieren arruinarse por una mala conducta que los avergonzaría delante de todos. No diría que nunca ha sucedido, pero verdaderamente es muy raro. Simplemente no hemos tenido un solo caso de ese tipo en los cinco años de mi estancia aquí".¹⁰

Debo decir que esta asepsia, esta moralidad puritana, no me deja tranquilo. Demasiadas experiencias han mostrado que ocultaban o fomentaban tormentas interiores, explosivas o desviacionistas. Pero no estoy en condiciones de una exploración a fondo de este fenómeno nada sencillo. Esta tendrá que ser hecha por chinos, dentro de China, sin prejuicios, con audacia y coraje científico. Kewes Karol intentó dilucidarlo en un capítulo sobre "El amor y la política".¹¹

Pero sí he visto en algunas ciudades parejas que se tenían de la mano y cambiaban miradas de amor; éste no es el problema central. Como se explica en el difundido folleto chino "El amor, el matrimonio y la familia", la finalidad del amor es el matrimonio.

E - Vejez

La significación psiquiátrica de la vejez, que es un problema crecientemente abrumador en Occidente, pierde importancia, como se ha visto en el párrafo cuatro de "Algunas enfermedades mentales y su tratamiento".

Cuenta mucho al efecto la actitud tradicional de Oriente frente a la segunda edad de la vida: "el grupo de los viejos como algo especialmente valioso y digno de veneración". No sólo como portadores de la sabiduría, sino por la importancia que conceden a la vida espiritual, y en China especialmente a su rol protector en la historia familiar. Mientras "los viejos de nuestra época son un grupo de seres atrofiados o lastimados en lo más profundo de su existencia humana, a los cuales la sociedad cierra el acceso interior a la etapa de la vida más alta"¹², en China sucede otra cosa. He recogido allí la doctrina de que la ancianidad es el premio que la naturaleza concede a la virtud. Doctrina seductora, llena de sentido, pero que va perdiendo rango en las circunstancias actuales y con el aumento del término medio de vida.

En esta parte queremos relatar lo que Myrdal ha recogido de labios de campesinos de la región de Yenán, muy demostrativo de los conceptos populares sobre la vejez¹³. Cuando una persona llega a la cincuentena, comienza a preparar su ataúd. Después de los cincuenta años empiezan a dejar crecer su barba, comienzan también a fumar y a beber aguardiente. La gran fiesta en la vida es la fiesta de los sesenta años. Un hombre ha cumplido entonces el curso de su vida. Si se muere antes de esa edad, se tiene una muerte desgraciada; si se muere después, la muerte es feliz. Luego, se festeja el aniversario de los setenta años, de los ochenta años, y así sucesivamente, y cada una de estas fiestas está llena de felicidad y de honor. A menudo los viejos relatan sus experiencias a los jóvenes y niños; son los ejemplos vivos, y hemos sido testigos del amor, respeto y atención con que se les rodea y escucha.

Entonces los viejos se van integrando naturalmente en los grupos sociales a que pertenecen. En la medida de sus fuerzas y deseos continúan prestando servicios en las mil tareas que no demandan excesivos esfuerzos físicos, a que son llamados en la producción, en el hogar y en la vida comunitaria. Por lo tanto gozan de seguridad física, su vida emocional está cubierta, se valora su condición como persona, hay consideración a su debilidad y fragilidad ■

¹⁰ Edgar Snow: Obra cit., tomo 1, pág. 333.

¹¹ K. S. Karol: Obra cit., pág. 199 y sigs.

¹² Heinz Wolterreck: *La vejez, segunda vida del hombre*. Breviario del Fondo de Cultura Económica, 1962, pág. 219.

¹³ Jan Myrdal: Obra cit., pág. 41 y sigs.



confrontaciones



Desarrollo de una batería neuropsicológica sensible para predecir el rendimiento en la conducción de vehículos en adultos mayores de 55 años

Roxana Grillo, PhD

*sCentro de Asistencia, Investigación, Tratamiento y Prevención de las Enfermedades de la Memoria- CAITPEM –
Hospital Santojanni- Pilar 950- (C1408INH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
roxanagrillo@yahoo.com.ar Tel. 4644-5498*

Carlos A. Mangone

*Jefe de Neurología y del Centro de la Memoria, Hospital “F. Santojanni”
Director Asociado del Centro de Memoria del Instituto de Neurociencias, Fundación Favaloro.
Prof. Adj. de Neurología (UBA), Prof. Titular de Neurología, Facultad de Ciencias de la Salud (UCES)*

Resumen

Con el aumento de la expectativa de vida cada vez más personas de edad avanzada continúan conduciendo. *Objetivo:* Desarrollo de batería neuropsicológica sensible para predecir desempeño en el manejo. *Sujetos y Métodos:* La Dirección General de Educación Vial y Licencias de la Ciudad de Buenos Aires (DGEVL) derivó al Hospital Santojanni 78 hombres al tramitar la renovación de su registro de conductor. Edad 64,2 (DS14, 0) años y educación 7,9 (DS 4,5) años. Se los evaluó con MMSE; Test Reacción Cognitiva (TRC); Test Memoria Procedural (TMP); Test Performance Continua (TPC); Trail Making Test (TMT); Stroop (ST); Subtests del WAIS-III: Dígitos-Símbolos (DS), Búsqueda de Símbolos (BS); Dígitos y Construcción con Cubos (CC); Figura Compleja de Rey-Osterrieth (FC); Test Discriminación visual de Benton (TB) y Test de Señales de Tránsito (DST). Se utilizó paquete estadístico SPSS 12.0 obteniéndose estadísticos descriptivos, frecuencias y correlaciones bivariadas con coeficiente Spearman. Resultados: Los tests más sensibles fueron: FC; TMT; ST; TPC; DS, TRC, TMP indicando disfunción en: organización perceptual; visuoespacialidad; velocidad de procesamiento de la información; capacidad de reacción ante toma de decisiones; atención sostenida, selectiva y ejecutiva y memoria procedural, todos ellos de importancia crítica en el manejo y su control en el tránsito. Se observó alarmante ignorancia de Señales de Tránsito. Conclusiones: De 78 sujetos, 23,1% renovaron su registro; 33,3% se les bajó categoría con control próximo; 38,5% no les fue renovado; 3,8% no regresaron a la DGEVL; 1,3% se desconoce dato.

Palabras clave: Conducción y Personas mayores - Diseño de batería neuropsicológica para conducción - Accidentología - Señales de tránsito

DEVELOPMENT OF A SENSITIVE NEUROPSYCHOLOGICAL BATTERY TO FORETELL THE PERFORMANCE IN ELDER'S CAR DRIVING

Summary

Introduction: The increase in life expectancy move older people to continue driving.

Objective: Development of sensitive neuropsychological battery to evaluate driving routines. *Methods:* 78 men were received at the Santojanni Hospital, derived by the General Direction of Road Education and licenses of Buenos Aires city (DGEVL) when people were transacting their driving license renovation. Age 64.2 (DS14,0) years and education 7.9 (DS4,5) years. They were evaluated with MMSE, Cognitive Reaction test (TRC); Procedural memory test (TMP); Continuous Performance test (TPC); Trail Making Test (TMT); Stroop (ST); WAIS III Subtests: Digit-Symbol (DS), Search of Symbols (BS); Digits and Construction with cubes (CC); Rey visual Complex Figure (FC); Benton Visual Discrimination test (TB) and Test of transit Signals (DST). Statistical package SPSS 12.0 was used to obtain, descriptive, frequencies and correlations statistics. *Results:* The most sensitive tests were: FC; TMT; ST; TPC; DS; TRC; TMP signifying impairment in: perceptual organization; visuospatial skills; information processing speed; reaction capacity before decision making; maintained, selective and executive attention and procedural memory, all of them of critical importance in driving and its control in the transit. Alarming ignorance of transit signals was observed. *Conclusions:* Of 78 subjects, 23.1% renewed their registry; 33.3% renewed but with lower category and sooner next control; 38.5% were not renewed; 3.8% did not return to DGEVL; 1.3% we do not know data.

Key words: Driving and older persons - Design of a Driving Abilities - Neuropsychological battery - Car accidents - Transit Signs.

Introducción

Dado el aumento de la expectativa de vida cada vez más personas continúan

conduciendo vehículos hasta edades muy avanzadas.

Las funciones cognitivas declinan con la edad produciéndose cambios significativos especialmente luego de los 50 años, viéndose afectada también en muchos casos la habilidad para conducir.

Algunas personas arias compensan estos déficits tomando precauciones como manejar distancias cortas, parar para tomar un descanso en trayectos largos, no manejar de noche o cuando hay mal tiempo, evitar las horas pico, las rutas o autopistas. Sin embargo, hay quienes presentan dificultad en tomar conciencia de sus eventuales déficits (17). (anosognosia) rechazando estas limitaciones exponiéndose entonces a si mismos y a terceros a posibles accidentes. El manejo es sinónimo de libertad e independencia y aceptar limitaciones y dishabilidad para continuar haciéndolo conlleva, la mayoría de las veces, un duelo y una herida narcisita de envergadura.

Las investigaciones que se ocupan del tema muestran que los errores más comunes hallados en personas arias en la conducción de vehículos son (12): errores al salir del costado del camino o cambiar de carril; descuidos; imprecisiones y dificultades para ceder el derecho de paso y leer las señales de tránsito.

En el intento de identificar a las personas en riesgo para conducir se ha visto que los factores específicos que contribuyen a la habilidad para el manejo de vehículos entre los conductores arios son (1-9-10-13-14-15-22-26): aspectos de la visión como agudeza, sensibilidad al contraste, (campo visual); funciones físicas: como rango de la movilidad del cuello, movilidad física; Funciones cognitivas: entre las cuales la disfunción en la atención visual, emerge como un importante predictor de riesgo en el manejo. Esta función cognitiva involucra búsqueda, selección y la posibilidad de pasar de un estímulo a otro (switching) (21). Asimismo, las maniobras que incluyen la interacción con otros vehículos y con peatones como el derecho de paso y los giros seguros en intersecciones tienen una asociación importante con la atención visual.

También el examen del entorno (de lado a lado), la utilización de las señales de dirección, el monitoreo de la velocidad y el juzgamiento apropiado de las distancias (Ej: el tiempo de respuesta para frenar; el mantenimiento de una distancia segura)

El control de la distancia ha sido asociado también a la memoria visual y a la función ejecutiva (FE). La indemnidad de la función ejecutiva permite tomar decisiones adecuadas como por ejemplo: saber cuándo y a qué velocidad entrar en una autopista; o el momento apropiado para realizar un cambio de carril, o para un sobrepaso.

Tales situaciones potencialmente peligrosas corresponden mayormente a compromiso en la velocidad de procesamiento de la información, en la toma de decisiones y en la capacidad de sostener la atención, focalizarla, dividirla e inhibir respuestas.

Los conductores arios tienen una incidencia más

elevada de accidentes de tránsito que los más jóvenes, y experimentan de 2 a 4 veces más riesgos de lesión, hospitalización y muerte debido a estos accidentes (11-21).

Se ha visto también que tienen riesgo de muerte de 5 a 6 veces más que sujetos jóvenes con injurias similares (19).

Se han observado en pacientes con deterioro cognitivo como dificultades más frecuentes, que comprometen la seguridad propia y la de terceros, permanecer dentro de un carril sin cruzarse imprevistamente a los carriles adyacentes, o cruzar la línea central más frecuentemente debido a la declinación de la atención visual, y la realización de giros incorrectos. También se ha detectado una disminución del movimiento de los ojos en forma horizontal que no permite prestar la adecuada atención al entorno visual que los rodea; una mayor lentitud psicomotora; tiempos de reacción a los estímulos enlentecidos y declinación en su autocontrol y auto confianza.

Una forma clínica conveniente para la evaluación es el uso de tests neuropsicológicos sensibles para evaluar los dominios cognitivos involucrados en el manejo y su desempeño en el tránsito. Una batería adecuada y específica para el análisis de las áreas cognitivas críticas para el buen desempeño en la conducción de vehículos, es imperativa para evitar situaciones de riesgo de accidentes. Mediante la prevención sería posible bajar el índice de accidentes de tránsito, lo cual redundaría en menores gastos en el sistema de Salud.

Argentina ostenta uno de los índices más altos de mortalidad producida por accidentes de tránsito comparativamente con otros países. Sólo basta mirar algunos datos estadísticos de accidentología y siniestralidad generales de la República Argentina para tomar conocimiento de que algo no está funcionando correctamente (7): por ejemplo, durante el año 2005 la mortalidad total (victimas fallecidas) fue de 10.351 personas, con un promedio de 28 por día. La morbilidad (heridos graves) de 85 por día, aumentando en grado superlativo la discapacidad laboral.

La mortalidad en personas de más de 60 años es del 12 %, siendo que el porcentaje de conductores, de esta franja etaria que participaron en accidentes viales graves fue del 8%.

A fin de desarrollar una batería neuropsicológica sensible para la detección del deterioro cognitivo en adultos mayores de 55 años que tramitaban su licencia de conductor, durante el año 2005 el Servicio de Neurología del Hospital Santojanni acordó con DGEVL la derivación de población para evaluación neurológica y de funciones cognitivas. La DGEVL requirió relevar población de "profesionales" (taxis, repartidores, ambulancias, etc.) de los cuales se sospechaba algún tipo de organicidad (solamente objetivada por ellos a través del test de Bender y el Test de Toulouse).

Metodología

Si bien se había acordado con la Dirección General de Educación Vial y Licencias (DGEVL) (4) la derivación al Hospital Santojanni, Servicio de Neurología, de una población de 100 sujetos de edades comprendidas entre 60 y 85 años que hubiera asistido a este organismo para

la renovación de sus Licencias de Conductor (categoría "particular"), se presentó una discrepancia entre los objetivos primarios de la población pensada para este proyecto y las urgencias que presentaba DGEVL respecto de relevar población de "Profesionales" (como taxistas; repartidores; conductores de vehículos escolares; etc.) de los cuales se sospechaba algún tipo de organicidad. (Las herramientas neuropsicológicas que utiliza DGEVL son: Test de Bender y Test de Toulouse). Por lo tanto, debimos ajustarnos a este requerimiento, habiéndose agregado al presente trabajo un nuevo grupo poblacional perteneciente a una mayor franja etarea.

Debieron concurrir al Servicio en tres oportunidades. Las primeras dos entrevistas para la realización de evaluación neuropsicológica, y la tercera para examen neurológico, luego del cual les era entregado un informe en sobre cerrado, con el que debían presentarse en la DGEVL para concluir el trámite.

El informe era sumamente exhaustivo a fin de que DGEVL pudiera decidir sobre la renovación o no de su licencia de conductor.

La Historia Clínica, especialmente diseñada para esta Investigación, enfatizó el desempeño en funciones cognitivas que consideramos críticas para el buen desenvolvimiento en la conducción de vehículos y el estado neurológico general, como Atención; Organización perceptual; Visuoespacialidad; Discriminación Visual; Memoria Procedural; Tiempos de Reacción Cognitiva.

Se administró la siguiente Batería Neuropsicológica:

"Mini Mental State Examination" (MMSE): instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos (5).

Test de Reacción Cognitiva: herramienta computarizada desarrollada en el CAITPEM, que permitió medir memoria de trabajo; capacidad de inhibir respuestas; de aprendizaje y tiempos de reacción (8). (El tiempo medio en el Test de Reacción Cognitiva es 450 mseg +/- 40. Mientras que la comisión de más de 7 errores y la duplicación del tiempo en relación al Test Visomotor (2ª parte del test) sugieren déficit).

Test de Memoria Procedural: También desarrollada en el CAITPEM, para medir capacidad de conservación de la memoria procedural. Se ponderan cantidad de errores, siendo los mismos esperables, en tanto y en cuanto se haya producido el aprendizaje procedural.

Test de Performance Continua. Herramienta computarizada (STIM software Neuroscan, Inc.1990) para medir rendimiento atencional. Atención sostenida y selectiva, posibilidad de inhibir respuestas e impulsividad.

Trail Making Test "A" y "B" (18). En los casos en que los sujetos no recordaban abecedario se utilizó el Stroop Test de Colores y Palabras para medir flexibilidad cognitiva (6).

Subtest Dígitos (WAIS-III) (25): evaluación de vulnerabilidad atencional, concentración y Memoria Auditiva inmediata y Memoria espacial en la repetición de dígitos en orden inverso (manipulación mental)

Subtest Dígitos-Símbolos (WAIS-III) (25): evaluación de velocidad de procesamiento de la información y Memoria de Trabajo.

Subtest Búsqueda de Símbolos (WAIS-III) (25) evaluación de atención selectiva y velocidad de procesamiento de la información. Incluye la capacidad de discriminación visual y rastreo visoperceptual de estímulos abstractos. Evalúa también flexibilidad cognitiva, por el rápido cambio de un conjunto al siguiente.

Construcción con cubos (WAIS-III) (25) para evaluar organización visuoespacial; coordinación visomotora y aplicación de la lógica y el razonamiento en problemas que implican relaciones espaciales; flexibilidad para enfocar un problema con rapidez y exactitud mediante el análisis y la síntesis.

Test de diferenciación de señales de tránsito (3) Se confeccionó especialmente un Protocolo que incluye 21 señales de tránsito: Reglamentarias; Preventivas; de Advertencia de Máximo Peligro; de Prioridad y de Información, a fin de evaluar recuerdo, reconocimiento y discriminación de las mismas.

Figura Compleja de Rey-Osterrieth (FCR). Copia y reproducción de memoria (20) Para evaluar visuoconstrucción, análisis y organización perceptual en la copia de un estímulo complejo, más el tiempo empleado para realizar tal análisis. Estrategias de codificación de la información visual y memoria visual inmediata y diferida.

Test de Discriminación Visual de Benton (2) Para evaluar la atención a los detalles visuales y la discriminación de formas visuales complejas.

La entrevista con el Neurólogo, consistió en un examen profundo que comprendió: Motilidad Activa; pasiva y refleja. Sensibilidad superficial; Sensibilidad profunda; Taxia estática; Taxia dinámica; Pares Craneanos

Metodología Estadística:

Los datos fueron ingresados a una PC IBM Pentium III compatible y analizados con el programa estadístico SPSS 12.0 para Windows.

Se realizó estadística descriptiva, frecuencias y correlaciones bivariadas con coeficiente de correlación Spearman.

Resultados

En general, la población de registro profesional que recibimos mostró un deterioro marcado en las áreas cognitivas evaluadas, lo cual es preocupante.

El test de conocimiento de señales de tránsito merece una mención especial:

El desconocimiento extremo de las señales de tránsito permite inferir la necesidad de administrar a toda la población, con o sin fallas cognitivas, por parte de la DGEVL un protocolo para relevar el conocimiento de las mismas.

Entendemos haber seleccionado una muestra de señales simples y críticas para la habilitación en la conducción de vehículos. La población estudiada no parecía comprender la importancia de conocer las señales. En general, se observó menosprecio a la necesidad del conocimiento de las señales de tránsito.

Resultados estadísticos:

Aquellos tests en los cuales un porcentaje de la población del 60% o más arrojó rendimientos con déficit de moderado a severo fueron considerados los más sensibles para detectar patología.

Para todas las pruebas baremizadas (16) se consideró: 1 DS por debajo de la media: alteración leve; 1,5 DS a 2,5 DS por debajo de la media: alteración moderada; 2,5 DS y más por debajo de la media: alteración severa

Por razones de espacio se comunican los resultados más relevantes de cada test.

De 95 personas de sexo masculino recibidas para evaluación, 78 fueron ingresadas a nuestra base de datos por haber concluido la totalidad de las etapas, edad 64.19 + 14.01 años con una escolaridad de 7,88 + 4,46 años, 17 abandonaron en diferentes momentos y fueron excluidas de nuestro análisis.

Tabla 1 Segmentación de la población según ocupación		
	Frecuencia	Porcentajes
taxi	28	35,9
reparto	5	6,4
otros profesionales	20	25,6
particular	25	32,1
Total	78	100,0

Téngase en cuenta que en la categoría "otros profesionales" se encontraban aquellos que requerían una licencia profesional sin declarar una actividad específica; o conductor de ambulancia; o conductor de transporte escolar; o remis; fletes; encargo de portería que acomodaba autos en el garaje del edificio.

Tabla 2 Identificación de Señales de Tránsito:		
21 Señales de Tránsito		No identificadas
no avanzar	%	38,2%
Contramano	%	35,5%
No girar a la izquierda	%	14,5%
No girar a la derecha	%	9,2%
No estacionar	%	5,3%
No estacionar ni detenerse	%	72,4%
Velocidad máxima	%	14,5%
Velocidad mínima	%	40,8%
Camino sinuoso	%	10,5%
Pendiente descendente	%	34,2%
Pendiente ascendente	%	31,6%
Escolares	%	14,5%
Animales	%	6,6%
Proximidad semáforo	%	18,4%
Proximidad pare	%	18,4%
Proximidad paso	%	69,7%
Tren	%	10,5%
Pare	%	3,9%
Ceda paso	%	40,8%
Hospital	%	3,9%
Estación de servicio	%	14,5%

Resultados de evaluaciones de la batería implementada

Test Figura Compleja de Rey-Osterrieth: (Se utilizaron baremos de L. Taylor) (23)

La media del tiempo utilizado para la copia fue de 7 minutos (DS 3).

No retiramos la hoja interrumpiendo la producción de la copia luego de los 5 minutos (tiempo que se considera normal para la construcción de la figura). De haberlo hecho la copia de la figura hubiera arrojado resultados por debajo de la media esperable ya que **68,8 % utilizó para la copia un tiempo de ejecución inadecuado (mayor a 5 minutos)**, destacándose una dificultad en la organización y el análisis perceptual.

La Estrategia de codificación utilizada para construir la figura fue incorrecta en el 56,4 % de los casos, utilizando estrategia IV: Yuxtaposición de detalles lo cual denotó una aproximación al estímulo visual desorganizada con tendencia a la fragmentación.

Trail Making Test "A": 73,8 % presentó déficit entre moderado y severo en el tiempo de ejecución.

Trail Making Test "B": 65,8% presentó déficit entre moderado y severo en el tiempo de ejecución, función ejecutiva e inflexibilidad cognitiva.

Stroop, Test de Colores y Palabras (24)

Se administró a 28 sujetos (aquellos que no aplicaban para TMT "B"). Se analizó el rendimiento del tercer tramo de la prueba "Colores/Palabras" y se obtuvo que 21,4% presentó rendimiento normal; 10,7% déficit leve; 57,1% déficit moderado y 10,7% déficit severo destacándose la dificultad en flexibilidad cognitiva, y en la capacidad de atender a la información importante inhibiendo la información no relevante.

Test de Performance Continua (CPT):

El déficit de acuerdo a errores tanto de omisión como de comisión fue considerado de acuerdo al siguiente criterio: 1 a 4 errores: déficit leve; 5 a 10 errores: déficit moderado y 10 errores o más: déficit severo. 63,7% presentó errores de comisión entre moderados y severos, destacándose por lo tanto la dificultad en atención selectiva y en respuesta inhibición.

Subtests seleccionados del WAIS-III: (Ver Tabla 3)

Test de Discriminación Visual de Benton: (2)

El puntaje medio obtenido fue 25,8 (DS 4,64) (Punto de corte 24/32 para la población masculina) 65,4 % realizaron la prueba con puntaje mayor al punto de corte, 32,1 % por debajo del punto de corte y 2,6 % no aplicó (no le fue posible realizar la prueba) 84,6 % cometió errores periféricos; 51,3 % errores de rotación y 39,7 % errores de distorsión.

Resultados del Test de Reaccion Cognitiva (Ver Tabla 4)

Test de Memoria Procedural:

Los errores como marcador de aprendizaje procedural mostraron que 33,3% realizó tal aprendizaje, mientras que 62,8 % no y 3,8 % no aplicó para la realización de la prueba. 66,6 % presentó déficit en aprendizaje procedural.

Tabla 3
Subtest del WAIS III

	Puntaje Escalar Media	Correcto	Déficit Leve	Déficit Moderado	Déficit Severo
Dígitos	6,7 (DS 1,8)	23,4 %	54,5 %	22,1 %	
Dígitos-Símbolos	5,1 (DS 2,07)	9%	23,1%	64,1%	3,8%
Búsqueda de Símbolos	5,8 (DS 2,6).	24,4 %	24,4%	38,5%	10,3%
Construcción con Cubos	7,3 (DS2,6)	48,7%	21,8%	25,6 %	1,3 %

Tabla 4
Resultados del Test de Reacción Cognitiva. Puntajes medios para Errores Test de Reacción Cognitiva y Tiempo Promedio Test de Reacción Cognitiva

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Std.
Errores TEST REACCION COGNITIVA	73	0	113	18,70	25,2
TIEMPO PROMEDIO TEST REACCION COGNITIVA	73	92	1919	498,75	365,6

* 5 sujetos no aplicaron para realizar la prueba completa.

61,6 % presentó déficit entre severo y moderado en los Tiempos de Reacción Cognitiva, mostrando dificultad en Memoria de Trabajo, en la capacidad de aprendizaje y de inhibir respuestas, con enlentecimiento en los tiempos de reacción.

Conclusiones

De los datos anteriormente expuestos las pruebas neuropsicológicas administradas que manifestaron mayor sensibilidad al deterioro cognitivo fueron: Figura Compleja de Rey-Osterrieth, específicamente en el tiempo de ejecución empleado para realizarla; Trail Making Test "A"; Trail Making Test "B"; Test de Colores y Palabras Stroop, específicamente la tercera parte del test (colores/palabras); Errores de Comisión en el Test de Performance Continua (CPT); Subtest Dígitos-Símbolos- (WAIS-III); Tiempo promedio empleado en la realización del Test de Reacción Cognitiva y Test de Memoria Procedural.

Dichos tests correlacionan con disfunción en áreas cognitivas tales como: organización perceptual; visuoespacialidad; velocidad de procesamiento; capacidad de reacción ante toma de decisiones (tiempos de reacción); atención sostenida, atención selectiva, atención ejecutiva (capacidad de respuesta inhibición) y memoria procedural, que son de importancia crítica en el manejo y su control en el tránsito.

Estos hallazgos corresponden a una población de sujetos que concurrieron a DGEVL para la renovación de su licencia de conductor, en su mayoría categoría "profesional", acerca de los cuales existía una sospecha de disfunción neurológica y/o cognitiva por parte de DGEVL.

Asimismo, esta batería debería aplicarse, tal como había sido gestado nuestro proyecto en un comienzo, a una población más amplia, aún aquella no sospechada de una población por la DGEVL, para evaluar condición del estado cognitivo general de adultos mayores de 55 años.

Queremos alertar a las autoridades pertinentes acerca de la gran ignorancia y el menosprecio que evidenció gran parte de la población de contribuyentes respecto de las señales de tránsito. Siendo las que presentaron más elevado desconocimiento la señal de prohibición "NO ESTACIONAR NI DETENERSE" y la señal restrictiva

"PROXIMIDAD SEÑAL DE PASO", pero habiéndose detectado un desconocimiento generalizado muy marcado de otras de gran importancia, como por ejemplo: CEDER EL PASO; VELOCIDAD MINIMA; NO AVANZAR y CONTRAMANO, lo cual puede llegar a explicar el elevado número de accidentes de tránsito, con el grave déficit en los sistemas de salud y en la oportunidad de conseguir empleo para aquellas personas que quedan con alguna discapacidad.

Correlación bivariada

Al correlacionar los tests que mostraron mayor sensibilidad para detectar deterioro en los dominios cognitivos evaluados : Figura Compleja de Rey-Osterrieth, (específicamente en el tiempo de ejecución empleado para realizarla); Trail Making Test "A"; Trail Making Test "B"; Test de Colores y Palabras Stroop, Errores de Comisión en el Test de Performance Continua (CPT); Subtest Dígitos-Símbolos- (WAIS-III); Tiempo promedio empleado en la realización del Test de Reacción Cognitiva y Test de Memoria Procedural, con las variables: Otorgamiento o no de la Licencia: encontramos que las más significativas en la correlación bivariada fueron: Tiempo de copia de la Figura Compleja de Rey e Infracciones cometidas (coeficiente de correlación spearman $-0,251$ $p=0,027$); Dígitos-Símbolos (coeficiente de correlación spearman $-0,293$ $p=0,009$) y Comisiones en Test de Performance Continua (coeficiente de correlación spearman $-0,275$ $p=0,016$)

De las 78 personas que concluyeron la evaluación y que fueron ingresadas en nuestra base de datos nos informó DGEVL que:

- Se les renovó la licencia a: 18 (23,1%).
- Se les renovó la licencia bajando de categoría con control próximo a: 26 (33,3%)
- No se les renovó la licencia a: 30 (38,5%)
- No regresaron a DGEVL: 3 (3,8%)
- Se desconoce el dato: 1 (1,3%)

Pensamos que se ha cumplido parte de nuestra hipótesis de trabajo y de nuestros objetivos, aquella que dependía de nosotros, esto es, desarrollar una batería neuropsicológica rápida (ya que entendemos que los tests que resultaron ser sensibles podrían ser aplicados en tan solo una hora reloj) para la detección de disfunción cognitiva implicada en el buen desempeño en la conducción de vehículos.

Pero para poder cubrir la totalidad de los objetivos propuestos en este trabajo, es decir, la disminución del riesgo de accidentes de tránsito y los gastos en el sistema de salud, hace falta algo más que nuestras buenas intenciones, hace falta decisión política.

Agradecimiento

Esta investigación se realizó gracias al otorgamiento de una beca por parte de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) Ministerio de Salud y Ambiente.

Queremos expresar nuestro reconocimiento, especialmente al Lic. Gabriel González del Área Psicología de DGEVL, por el apoyo brindado, aportando ideas y modalidades de implementación, reuniéndose con nosotros a cada momento, para realizar los ajustes necesarios en cada etapa ■

Referencias bibliográficas

1. Ball K, Owsley C, Sloane M, Roenker D, Bruni J. Visual attention problems as predictor of vehicle crashes in older drivers. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1993;34:3110-3123
2. Benton AL, Hamsher K deS, Varney NR, y Spreen O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
3. Carr, David B, LaBarge Emily, Dunnigan Keith, Storandt Martha . Differentiating drivers with dementia of the Alzheimer type from healthy older persons with a traffic sign naming test. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences*. Washington: Mar 1998. Vol. 53A, Iss. 2; pg. M135,5 pgs
4. Dirección General de Educación Vial y Licencias (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires)
5. Folstein MF y cols.: «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov, 12 (3): 189-98
6. Golden Ch. Stroop. Test de Colores y Palabras. Madrid TEA 2001.
7. Instituto de Seguridad y Educación Vial (ISEV)-Centro privado dedicado al estudio e investigación en materias de tránsito, transporte, educación y seguridad vial (R.A.) Información cedida por el Dr. Eduardo Bertotti (Director)
8. Mangone CA, Castro N, Garau M et al. *Tests de reacción cognitiva en envejecimiento normal*. XXIX Congreso Argentino de Neurología. Paraná. Argentina. Nov. 1989 RNA; vol 14 (suppl 2).
9. Marottoli RA, Cooney LM, Wagner DR, Doucette J, Tinetti ME. Predictors of automobile crashes and moving violations among elderly drivers. *Ann Intern Med*. 1994;121:842-846.
10. Marottoli RA, Richardson ED, Stowe M, et al. Development of a test battery to identify older drivers at risk for self-reported adverse driving events. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:562-568.
11. McCoy GF, Johnston RA, Duthie RB. Injury to the elderly in road traffic accidents. *J Trauma*. 1989;29:494-497.
12. Messinger-Rapport Barbara J, Rader Erin. High risk on the highway: How to identify and treat the impaired older driver. *Geriatrics*. Duluth: Oct 2000. Vol 55, Iss. 10; pg 32,8 pgs.
13. Myers RS, Ball KK, Kalina TD, Roth DL, Goode KT. Relation of useful field of view and other screening tests to on-road driving performance. *Percept Motor Skills*. 2000;91:279-290
14. Odenheimer G, Beaudet M, Jette A, Albert M, Grande L, Minaker K. Performance-based driving evaluation in the elderly driver: safety, reliability, and validity. *J Gerontol Med Sci*. 1994;49:M153-M159.
15. Owsley C, Ball K, McGwin G Jr, et al. Visual processing impairment and risk of motor vehicle crash among older adults. *JAMA*. 1998;279:1083-1088.
16. Pruebas baremizadas: Construcción con cubos; Búsqueda de símbolos; Dígitos; Dígitos-símbolos; Figura Compleja de Rey Osterrieth; Trail Making "A" y "B"; Stroop Test y Tiempos de Reacción en Test de Performance Continua.
17. Ragland D, Satriano W, MacLeod K. Reasons Given by Older People for Limitation or Avoidance of Driving. *The Gerontologist*. Apr 2004. Vol 44, Iss. 2, pg. 237, 8 pgs
18. Reitan R. The validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Motor Skills*. 1958;8:271-276.
19. Retchin SM, Anapolle J. An overview of the older driver. *Clin Geriatr Med*. 1993;9:279-296.
19. Rey A. "Test de copie et de reproduction de memoire de figures geometriques complexes". Paris: Centre de Psychologie Appliquee, 1959
21. Richardson Emily D, Marottoli RA - Visual attention and driving behaviors among community-living older persons-*The Journals of Gerontology: Series A : Biological sciences and medical sciences*. Washington: Sep 2003. Vol.58 A, Iss. 9; pg.832.
22. Sims RV, McGwin G Jr, Allman RM, Ball K, Owsley C. Exploratory study of incident vehicle crashes among older drivers. *J Gerontol Med Sci*. 2000;55A:M22-M27.
23. Spreen O. Strauss EA. Compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms and Commentary. Second Edition. Oxford University Press 1998.
24. Stroop. Test de Colores y Palabras. TEA Madrid 2001. Se utilizaron baremos consignados por Golden, Ch.
25. Wechsler Adult Intelligence Scale- Third Edition, WAIS-III Copyright 1997 by The Psychological Corporation, U.S.A. Editorial Paidos.
26. Yale S. et al. Neurologic Conditions: Assessing Medical Fitness to Drive. *Clinical Medicine & Research*. 2003 Volume 1, Number 3:177-188



IN MEMORIAM

Fernando Pagés Larraya

(Mendoza 1923/ Buenos Aires 2007)

Por estos días se ha ido el Dr. Pagés Larraya, en su esencia, esquivo y ajeno a homenajes, probablemente se sentiría fastidiado por las siguientes líneas. Pagés Larraya se diplomó de médico en el año 1950 en la Universidad de Buenos Aires, se convirtió en especialista en psiquiatría en 1954 y, en 1957, se doctoró en la misma Universidad, con una tesis calificada como sobresaliente, titulada "Sociedades Experimentales de Animales". Desde el año 1978 fue Director del Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica (PEPSI), dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), hasta el 2006, donde se fusionó con el Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME). Fue discípulo del premio Nobel de Medicina, Dr. Bernardo Houssay, quien dirigió el CONICET desde su inauguración en 1958 por el lapso de una década. Como director en el PEPSI, Pagés Larraya organizó y llevó a cabo entre los años 1979 -1983 el primer estudio de Prevalencia de Patología Mental en la República Argentina, trabajo pionero en Latinoamérica y único en nuestro país, incluso hasta hoy en día. Tal estudio epidemiológico lo hizo desde el marco teórico de la "*teoría de las isodias culturales*", que permitía que los resultados se encuadraran como una variable dependiente de la cultura argentina. En el marco del PEPSI, el Dr. Pagés Larraya promovió también estudios epidemiológicos en las poblaciones carcelarias, en chicos de la calle, pacientes alcohólicos y realizó el primer estudio nacional para determinar las tasas de prevalencia de la enfermedad de Alzheimer,

demencias vasculares y otras demencias. Actualmente se encontraba trabajando en un estudio de prevalencia de patología mental en poblados endogámicos. Con respecto a su carrera docente y asistencial, además de su cargo en el CONICET, fue Jefe de Psiquiatría del Centro Neurológico del Hospital Francés (1950-1962), donde en un hecho anecdótico recibió en calidad de visitante a Jacques Lacan, en una visita fugaz que pocos conocen. Fue Profesor de Psicología Comparada del Departamento de Psicología (1958-1966), Jefe del Departamento de Educación e Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental (1963-1966), y Director del Centro Argentino de Etnología Americana (1978). Publicó alrededor de veinte libros de la especialidad, múltiples capítulos y más de cien artículos científicos sobre epidemiología psiquiátrica, algunos de los cuales fueron publicados en las revistas *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, *Asclepios*, *Scripta Ethnologica*, *Runa*, *América*, *Quirón* y otras. Recibió numerosas distinciones y premios, entre ellos en el año 2000 fue designado Miembro de Honor de la Asociación Médica Argentina. Quienes tuvimos la posibilidad de conocerlo lo recordaremos como una fuente inagotable de anécdotas, simpleza, talento y calidez, uno de esos hombres en donde queda claro que el prestigio no tiene que ver con la fama. Esperamos que estas líneas inviten a acercarse a su obra, es el mejor homenaje que se le puede hacer a quien estará siempre con nosotros.

**Federico Pavlovsky, Lina Grasso, Pablo Sanz,
Silvia Balzano, Emilse Barrial.**



Congreso Argentino de Psiquiatría

*"La Psiquiatría del Tercer Milenio.
Revalorización de la Clínica,
la Interdisciplina
y la Terapéutica"*

**17 al 20 de abril de 2008
Sheraton Hotel, Mar del Plata**

Co-organizado con la
Asociación de Psiquiatras de Salta



*"Desde el mirador" de Analía S. Culasso
de Chá (artista salteña)*

24° Congreso Argentino de Psiquiatría Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

*"La psiquiatría del Tercer Milenio.
Revalorización de la Clínica,
la Interdisciplina y la Terapéutica"*

**17 al 20 de abril de 2008
Sheraton Hotel – Mar del Plata
Co-organizado con la Asociación de Psiquiatría de Salta**

Fechas límite para la presentación de trabajos:

Abstracts 15 de enero de 2008
Posters 15 de febrero de 2008
Trabajos completos 15 de febrero 2008
Trabajo Premio APSA 31 de marzo 2008

Informes: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA),
Rincón 355, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel/fax: 54 (11) 4952-1249
E-mail: congreso2008@apsa.org.ar
<http://www.apsa.org.ar>