

REVISTA MÉDICA

CLÍNICA LAS CONDES / VOL. 28 Nº 6 / NOVIEMBRE 2017 / ISSN: 0716-8640

TEMA CENTRAL: PSIQUIATRÍA DE ENLACE

- ESTIGMA y psiquiatría en el contexto del hospital general
- PSIQUIATRÍA de enlace e interconsulta y medicina psicosomática
- PSICOFARMACOLOGÍA y patología médica
- INTERVENCIÓN en crisis para pacientes hospitalizados
- EL impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática
- EVALUACIÓN psiquiátrica en trasplante
- DELIRIUM en el paciente oncológico
- DOLOR crónico y psiquiatría
- DEPRESIÓN post-parto en el contexto del hospital general
- PSIQUIATRÍA de enlace en adicciones en el hospital general
- COMPLICACIONES médicas de los trastornos de la conducta alimentaria.
- EVALUACIÓN psiquiátrica en cirugía bariátrica
- URGENCIAS Psiquiátricas en el Hospital General
- PACIENTES policonsultantes en los servicios de pediatría: Trastornos de somatización y trastorno facticio por otros (síndrome de Münchausen by proxy)
- PSIQUIATRÍA de enlace en niños y adolescentes. Manejo del paciente y su familia en unidades pediátricas de alta complejidad
- PSIQUIATRÍA de enlace y medicina de enlace. Nuevos alcances.
- INTERCONSULTA bioética y psiquiatría de enlace
- NIETZSCHE y la Genealogía de la Moral

Portada: "Percepciones sobre la Esquizofrenia", Carmen Aldunate



Betis®



**El ansiolítico ideal
para el paciente activo**

- **Betis** es **clotiazepam** de Sanyo Chemical Labs. (Japón).
- **Betis** es producido en la **única planta certificada por EMA** (European Medicines Agency), en Chile.
- **Betis** esta **indicado** en el tratamiento de la ansiedad generalizada.*



PRESENTACIONES

COMPRIMIDOS 
RANURADOS



Betis tiene 2 presentaciones:

- 30 comprimidos recubiertos 5mg
- 30 comprimidos recubiertos 10mg



*Bibliografía: Folleto a paciente.

Synthon

www.synthon.cl
Synthon Chile Ltda.
El Castaño145, Lampa
Santiago de Chile
Fono: (+56) 2 24990800

ÍNDICE

Revista Médica Clínica Las Condes / vol. 28 n°6 / Noviembre 2017

TEMA CENTRAL: PSIQUIATRÍA DE ENLACE

EDITORIAL Dr. Octavio Rojas - Editor invitado ...817/817

ARTÍCULOS

ESTIGMA en la práctica psiquiátrica de un hospital general- Dr. Renato D. Alarcón ...818-825

PSIQUIATRÍA de enlace e interconsulta y medicina psicosomática (un sutil equilibrio) - Dr. Rodrigo Erazo ...826-829

PSICOFARMACOLOGÍA y patología médica - Dr. Hernán Silva ...830-834

INTERVENCIÓN en crisis para pacientes hospitalizados -Ps. Paula Zalaquett y col. ...835-840

EL impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones - Dr. César Carvajal ...841-848

EVALUACIÓN psiquiátrica en trasplantes- Dra. Vania Krauskopf ...849-854

DELIRIUM en el paciente oncológico- Dr. Cristián Fuentes y cols. ...855-865

DOLOR crónico y psiquiatría - Dra. Lina Ortiz y col. ...866-873

DEPRESIÓN posparto en el contexto del hospital general- Dr. Enrique Jadresic ...874-880

PSIQUIATRÍA de enlace en adicciones en el contexto del hospital general- Dr. Daniel Seijas ...881-892

COMPLICACIONES médicas de los trastornos de la conducta alimentaria - Dr. Guillermo Gabler y cols. ...893-900

EVALUACIÓN psiquiátrica en cirugía bariátrica: estudios LABS y el ciclo de Gartner -Dr. Juan Agustín Umaña ...901-913

URGENCIAS psiquiátricas en el hospital general - Dr. Rodrigo Nieto y cols. ...914-922

PACIENTES policonsultantes en los servicios de pediatría: Trastornos de somatización y Trastorno facticio por otros (síndrome de Münchausen by proxy) - Dr. Ricardo García y cols. ...923-931

PSIQUIATRÍA de enlace en niños y adolescentes. Manejo del paciente y su familia en unidades pediátricas de alta complejidad -Dr. Elias Arab y cols. ...932-943

PSIQUIATRÍA de enlace y medicina de enlace, nuevos alcances - Matías González, MD, PhD y col. ...944-948

INTERCONSULTA bioética y psiquiatría de enlace - Dr. Alejandro Koppmann ...949-955

NIETZSCHE y La Genealogía de la Moral - Dr. Octavio Rojas ... 956-960

COMENTARIO PORTADA ...961-961

"Percepciones sobre la esquizofrenia", Carmen Aldunate. Dr. Jaime Arriagada

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES ...962/963

DIRECCIÓN ACADÉMICA
Clínica Las Condes

Revista disponible en Elsevier:
www.elsevier.es/revistamedicaclinicalascondes
www.sciencedirect.com



Revista Médica Clínica Las Condes - Bimestral - Circulación restringida a los profesionales de la Salud. Distribución Gratuita. Prohibida su venta.

“El contenido de los artículos publicados en esta revista no representa necesariamente la visión y política de Clínica Las Condes y por lo tanto, es de exclusiva responsabilidad de sus autores”.

REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

EDITOR GENERAL/

Dr. Jaime Arriagada S. Clínica Las Condes
Email: jarriagada@clc.cl

EDITORA CIENTÍFICA/EJECUTIVA

EM. Magdalena Castro C., MSc Epidemiología, Clínica Las Condes
Email: editorejecutivorm@clc.cl

CO-EDITORES/

Dr. Patricio Burdiles P. Profesor Titular, Director Académico Campus Clínica Las Condes, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
Dr. Armando Ortiz P. Presidente Comité de Ética Clínica Las Condes

EDITORES ASOCIADOS/

Cirugía y Medicina basada en la Evidencia:

Dr. Carlos Manterola D. PhD. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Medicina Interna e Infectología:

Dr. Guillermo Acuña L. Hospital del Trabajador, Santiago, Chile.

Medicina Interna y Diabetología:

Dr. Jorge Sapunar Z. MSc. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Gastroenterología:

Dr. Javier Brahm B. Hospital Clínico José Joaquín Aguirre, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Nefrología:

Dr. Rodrigo Tagle V. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Neurología:

Dr. Juan Carlos Kase S., Boston University, Boston, EE.UU.

Pediatría e Investigación:

Dr. Miguel O'Ryan G. Director Relaciones Internacionales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Anestesiología y Dolor:

Dr. Ricardo Bustamante. Hospital de Urgencia, Asistencia Pública de Santiago, Chile.

Anestesiología e Historia de la Medicina:

Dr. Juan Pablo Álvarez A. Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Otorrinolaringología:

Dr. Carlos Suárez N. Fundación de Investigación e Innovación de Asturias. Universidad de Oviedo, España.

Dr. Gonzalo Nazar M. Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Obstetricia y Ginecología:

Dr. Enrique Oyarzún E. Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Objetivos de la Revista Médica de Clínica Las Condes: (aims & scopes)

Revista Médica de Clínica Las Condes (RMCLC) es el órgano de difusión científica de Clínica Las Condes, hospital privado chileno de alta complejidad, asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y acreditado por la *Joint Commission International*. Esta revista, de edición bimestral, publica revisiones bibliográficas de la literatura biomédica, actualizaciones, experiencias clínicas derivadas de la práctica médica y casos clínicos, en todas las especialidades de la salud. Cada número se estructura en torno a un tema central, el cual es organizado por un editor invitado especialista en ese ámbito de la medicina. Los artículos desarrollan este tema central en detalle, considerando sus diferentes perspectivas y son escritos por autores altamente calificados, provenientes de diferentes instituciones de salud, tanto chilenas como extranjeras. Todos los artículos son sometidos a un proceso de revisión por pares. El objetivo de RMCLC es ofrecer una instancia de actualización de primer nivel para los profesionales de la salud, además de constituir una herramienta de apoyo para la docencia y de servir como material de estudio para los alumnos de medicina de pre- y postgrado.

Revista Médica Clínica Las Condes is the scientific journal of Clínica las Condes, a Chilean private hospital of high complexity, associated to the Faculty of Medicine of the Universidad de Chile, and recognized by The Joint Commission International. This is a review's biomedical journal and is published every two months. Also brings out clinical cases, in all the medical specialties.

Each edition has a main topic, planned by the editorial board with an invited editor, who is specialist in it. The several different articles are developed in detail among the principal issue, and written by highly qualified authors, from different Chilean or foreign health institutions. All the articles are submitted to peer review.

The aim of Revista Médica Clínica Las Condes is to offer a high level of update knowledge for health professionals, and also to be a teaching tool for undergraduates and graduates medical students.

REPRESENTANTE LEGAL

Sr. Pablo Yarmuch F.

COORDINADORA DE VENTAS DE PUBLICIDAD

Sra. Vida Antezana U.
Email: revistamedicac@clinalascondes.cl
Fono: (+562) 2 610 32 54

SECRETARÍA EJECUTIVA

Sra. Pamela Araya V.
Email: paraya@clinalascondes.cl
Fono: (+562) 2 610 32 79

DIRECCIÓN ACADÉMICA

Lo Fontecilla 441, Las Condes, Santiago-Chile
Fono: (+562) 2 610 32 55
Email: da@clc.cl
<http://www.clinicalascondes.cl>

PRODUCCIÓN

Story Land Comunicaciones
Edición: Ana María Baraona C.
Diseño: Macarena Márquez A.
Fono: (+562) 2 899 14 06
www.storyland.cl

IMPRESIÓN

Sistemas Gráficos Quilicura S.A.
Santiago- Chile

EDITORIAL

DR. OCTAVIO ROJAS (1), (2)

(1) Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Magíster en Bioética, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Editor Invitado

La denominación de Psiquiatría de Enlace, se refiere al trabajo interdisciplinario al interior de un recinto hospitalario, donde el psiquiatra forma parte activa del equipo de salud en la toma de decisiones integrales en beneficio del paciente. Ha sido un largo camino plagado de dificultades y sobre todo de un alto nivel de estigmatización, para que la psiquiatría se encuentre integrada al hospital general junto al resto de las especialidades médicas.

Esta subespecialidad dentro de la psiquiatría comenzó a desarrollarse en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) entre los años 1920 y 1930 como parte de las unidades de psiquiatría y del movimiento de medicina psicosomática en los hospitales generales. Un grupo importante de psicoanalistas contribuyó en este campo con varias teorías acerca de las enfermedades psicosomáticas. Entre 1960 y 1970 ocurrió el despegue de esta sub-especialización con la expansión de numerosas unidades de psiquiatría adosadas a los hospitales generales y la aparición de literatura científica específica. Desde el año 2003 en adelante comenzaron los procesos de acreditación para esta sub-especialización en EE. UU., con énfasis en el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud tanto en el nivel primario como secundario de salud. En Chile hay dos experiencias a destacar como son la creación del primer servicio de psiquiatría en un hospital general en el año 1952 en el Hospital José Joaquín Aguirre y la creación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Temuco en el año 1969.

Generalmente los médicos, cirujanos e internistas solicitan apoyo para cuadros sintomáticos específicos de la esfera mental que se han asociado a la patología médica, objeto de estudio y de tratamiento. En otras ocasiones se debe a la exacerbación de síntomas en pacientes con patologías en psiquiatría debido al reciente diagnóstico de una patología médica. La relación entre los síntomas psiquiátricos y las enfermedades médicas se da en un doble sentido: muchos cuadros médicos producen síntomas psiquiátricos *per se*.

El delirium ostenta cifras superiores al 10% en pacientes hospitalizados por enfermedades de origen somático. Esta cifra puede llegar incluso hasta más de un 40% en servicios de oncología. Los estados mentales que cursan con compromiso de juicio de realidad y los trastornos de personalidad graves dificultan la implementación de los esquemas de tratamiento en pacientes con patologías somáticas. Por otra parte, los pacientes con enfermedades médicas crónicas no transmisibles exhiben altas tasas de trastornos ansiosos, anímicos y de abuso de sustancias.

En los últimos años se ha incrementado la demanda de psiquiatras para que se integren a los equipos de salud de determinadas áreas del hospital general. En estas unidades se ejecutan los protocolos de tratamiento de la mayoría de las llamadas enfermedades catastróficas que son aquellas patologías graves que implican riesgo vital y generan además un alto costo económico. En Chile, muchas disponen de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en el plan GES (Garantías Explícitas de Salud). Las áreas más significativas son las unidades de cuidados intensivos (UCI), las unidades de hemodiálisis, las unidades de cirugía, las unidades de trasplante y las unidades de psicooncología.

Queremos expresar nuestra gratitud y agradecimiento a todos los autores por su valioso aporte y por la visión actualizada y sistemática de los temas tratados. Extendemos nuestro agradecimiento a los revisores de los artículos y a todo el comité editorial de la Revista Médica de Clínica Las Condes por su notable labor.

En este número de la Revista Médica de Clínica Las Condes, esperamos mostrar una parte del vasto potencial de aplicación de la psiquiatría de enlace en el contexto del hospital general. Hemos intentado abarcar una amplia gama de puntos de vista y de dar una visión equilibrada entre aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, bioéticos y del campo de las humanidades médicas.

ESTIGMA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL

STIGMA IN THE PSYCHIATRIC PRACTICE OF A GENERAL HOSPITAL

DR. RENATO D. ALARCÓN (1), (2)

(1) Mayo Clinic College of Medicine, Department of Psychiatry and Psychology, Rochester, Minnesota, USA.

(2) Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Email: alarcon.renato@mayo.edu

RESUMEN

Estigma es un fenómeno socio-cultural de múltiples y poderosas proyecciones en diversos campos, incluido el de salud y salud mental. Históricamente, su arraigo colectivo para calificar y marginar drásticamente a quienes padecen de una enfermedad mental, se ha extendido a todo tipo de escenarios clínicos. El artículo revisa las características e implicancias de estigma en el contexto de un hospital general y sobre la base de las tareas de la Psiquiatría de Enlace. Los actores de todo evento estigmatizante (pacientes, familiares, profesionales, público, entre otros) y las formas de presentación del estigma (negación, racionalizaciones, rechazo abierto, silencio) se describen con ejemplos pertinentes. Luego de analizar el impacto y las consecuencias del estigma en el cuidado cotidiano y seguimiento de los pacientes afectados, el artículo concluye ofreciendo modalidades variadas de intervención y manejo; y reflexiones en torno al significado de estigma y su futuro en las interacciones medicina-sociedad a nivel global.

Palabras clave: Estigma, hospital general, psiquiatría de enlace, psiquiatría social y cultural, diagnóstico psiquiátrico, redes sociales.

SUMMARY

Stigma is a socio-cultural phenomenon of multiple and powerful projections in different areas, including those of health and mental health. Historically, its collective objective to qualify and drastically marginalize those who suffer of a mental disorder, has expanded into all kinds of clinical settings. The characteristics and implications of stigma in the general hospital context, based on the tasks of consultation-liaison psychiatry, are examined. Actors of stigmatizing events (patients, relative, professionals, public, etc.) and stigma's forms of presentation (denial, rationalizations, open rejection, silence, etc.) are also described using pertinent examples. After analyzing the impact and consequences of stigma on daily care and follow-up of the affected patients, the article concludes offering various intervention and management modalities and reflections about the meaning of stigma and its future in medicine-society interactions across de world.

Key words: Stigma, general hospital, consultatyion-liaison psychiatry, social and cultural psychiatry, psychiatric diagnosis, social networks.

INTRODUCCIÓN

En una época como la actual, en que globalización, tecnología y la vigencia de sistemas masivos de comunicación presiden el desenvolvimiento cotidiano de la población mundial, existen temas de evidente impacto en niveles variados de la realidad social. Uno de ellos es indudablemente el fenómeno llamado estigma, cuyos orígenes etimológicos son más bien modestos y hasta ambiguos: la palabra proviene del griego antiguo *στίγμα* y del Latín *stigma*, que significa picadura, marca hecha con hierro al rojo vivo, herida sangrante o tatuaje. Su uso en épocas pretéritas tuvo alcances teológicos: era el nombre de “una huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación que sus almas toman en la pasión de Cristo” (1). También se designó así a “la marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud” refiriéndose a la huella de castigos infligidos a pecadores, delincuentes o personas supuestamente transgresoras de normas políticas o sociales dominantes. Al paso de los siglos, su significado más evidente es el de ser “marca de desgracia o descrédito”, de “desdoro, afrenta, mala fama” (1,2).

Son estas últimas acepciones las que se aplican hoy casi exclusivamente en diversas esferas como expresión condenatoria o negativa de situaciones, conceptos o personas al margen de la estimación mayoritaria. Al lado de términos tales como “prejuicio” (idea anticipada y generalmente equivocada) o “discriminación” como resultado patente de aquellas ideas, estigma se convierte en el puente por el que transitan acciones de crítica, postergación y abuso contra los “marcados”, sea en áreas de identidad étnica, militancia política, creencias religiosas u orientaciones de género (3). Para los efectos de este artículo, el vocablo grafica el etiquetamiento desfavorable e insultante de determinados problemas de salud (vgr., lepra en el pasado, SIDA en la época contemporánea), en particular los relacionados con salud y enfermedad mental: prácticamente todo tipo de cuadro psiquiátrico y las acciones que se toman para su examen y manejo, son objetivos de una estigmatización sistemática por parte de sociedades y comunidades a lo largo del mundo (4).

Se examinará fundamentalmente la presencia y manifestaciones de estigma en relación a aspectos psiquiátricos de la práctica diaria en hospitales generales, tengan o no unidades psiquiátricas. Los conceptos que siguen se refieren a diversos escenarios clínicos dentro del hospital y, en particular, a observaciones en el contexto de la llamada Psiquiatría de Enlace. Abarcan a varias entidades diagnósticas y a diversos protagonistas del acto médico, examinando el impacto de estigma, sus consecuencias y posibles intervenciones correctivas. Presenta datos de revisión de la literatura psiquiátrica y concluye con comentarios aplicables a la realidad de la atención psiquiátrica en hospitales generales de América Latina.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESTIGMA EN MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

El *background* definitorio de estigma es predominantemente socio-cultural (5). En un número de instancias puede ser simplemente resultado de ignorancia respecto al objeto de su condena, en este caso, la enfermedad mental. Su origen, lamentablemente, no reside solo en una educación limitada por carencias socio-económicas ya que existe evidencia de ideas y prácticas estigmatizadoras en miembros de sectores socio-económicos altos y de niveles educativos superiores, incluyendo profesiones de la salud (3,6). Las nociones estigmatizantes tienen un carácter íntimo y subjetivo resultante de variadas influencias ambientales de naturaleza socio-familiar, ocupacional o grupal, cuando no de experiencias personales con familiares, amigos o vecinos enfermos o del espectáculo de pacientes mentales deambulando por calles y plazas o durmiendo a la intemperie (7). Este conjunto de vivencias genera, en muchos casos, ideas estereotipadas de generalización fácil y convencimiento intenso.

Otros factores socio-demográficos que contribuyen a la prevalencia de estigma en la población son: edad (estigma es mayor en adolescentes, adultos jóvenes y adultos en edad media de la vida), género (más evidente en varones que en mujeres), zona de residencia (poblaciones urbanas más que rurales) y ocupación (amas de casa, trabajadores manuales y de oficina más que profesionales) (8,9). Puede también afirmarse que el nivel de estigma se da directamente en función de la severidad y persistencia del trastorno mental al cual se aplica.

Un aspecto poco estudiado en la conducta de quienes rechazan o estigmatizan a las enfermedades (y enfermos) mentales es el posible impacto de rasgos psicopatológicos presentes en ellos mismos, el llamado auto-estigma o estigma internalizado, este último, resultado de la percepción que el individuo adquiere a partir de la manera cómo el público se expresa de la enfermedad y del enfermo mental (10, 11). ¿En qué medida el ser portador de un cuadro mental afecta la actitud del individuo hacia otros con el mismo o diferente diagnóstico? La respuesta no es fácil porque entraña un espectro de posibilidades: positivas o favorables (simpatía consciente, el “conocer” la profundidad de una experiencia singular y la solidaridad que esto induce hacia aquéllos que la sufren) pero, por otro lado, sentimientos de rechazo, resentimiento y frustración nutriendo reacciones concomitantes hacia personas que muestran conductas similares a las propias.

El mecanismo a través del cual el estigma se difunde o gana terreno en el colectivo tiene también profundas raíces socio-culturales. Se trata de un proceso combinado de reiteraciones, rumores, informaciones a través de los medios y las llamadas “redes sociales”, procesos de “persuasión de masas”

y experiencias personales o individuales que, en conjunto, dan lugar a una suerte de “contagio social”, un compartir de opiniones que se traduce en acuerdos tácitos y estrategias permanentes hacia un objetivo común (12). Lo más importante en este proceso es que estigma invoca y encarna, a través de actitudes hostiles y por lo tanto, agresivas (consideradas como “necesarias”), un propósito supuestamente alturado de protección, de defensa, de beneficio individual y colectivo y hasta de “pureza” y convicción sincera. La articulación de estigma y sus modalidades utiliza, en buena medida, la justificación dialéctica de causas nobles, de fines trascendentes.

Las implicaciones políticas y económicas de estigma son también numerosas y contradictorias. A través de la historia, cuando estigma era un elemento institucionalizado en el trato a los enfermos mentales, su impacto se tradujo en la ubicación de los asilos de “lunáticos” en zonas apartadas, lejos de la vista y consideración del gran público. En el momento actual, casi siete siglos más tarde, el estigma ha adoptado formas más sofisticadas (vgr., disposiciones legales o declaraciones oficiales elocuentes pero, carentes de recursos financieros o materiales adecuados) o solapadas: falta de cobertura de seguros para enfermedades mentales, números limitados de plazas académicas o personal hospitalario, escaso acceso de personas con historia de padecimientos emocionales al mercado de trabajo, entre otros (13,14). Estos procesos se conocen con el nombre de “**estigma estructural**”.

En otros terrenos, el estigma se ha expresado más bien como una suerte de “conspiración del silencio”, de negligencia deliberada, minimización consciente o negación subconsciente que, en cualquier caso, daría lugar a una sensación de alivio colectivo, de ausencia de culpa o de vergüenza (15); algunos incluso elogiarían esa “sublimación de la furia” hacia los llamados “culpables” de la disrupción social, los enfermos mentales.

Los profesionales de salud y salud mental de ninguna manera son ajenos a los embates del estigma. De hecho, hay ejemplos de todo tipo respecto a cómo juzgan ellos la conducta de sus pacientes, más allá de los enunciados deontológicos de la profesión: el resultado concreto es que nosotros también lidiamos con tal realidad y las acciones que tomemos pueden reflejar el estilo con el que manejamos el grado alto o bajo de estigma que pueda aquejarnos (16,17). De hecho, la objetividad del juicio clínico puede verse afectada de manera directa por tales niveles: Un paciente esquizofrénico puede generar enfoques más severos que lo que la sintomatología detectada haya revelado e influir en el nivel de “agresividad” del tratamiento (¿polifarmacia?, ¿electroshock?) o en un mayor énfasis en la seriedad del pronóstico que en las esperanzas de recuperación.

EL ESTIGMA PSIQUIÁTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL

A pesar de cambios sustanciales en muchos aspectos de la práctica médica, el hospital general sigue siendo escenario vital en el ejercicio de la profesión. La época moderna lo sitúa como eje protagónico de servicios basados en el uso cada vez más elaborado de los nuevos recursos tecnológicos. Pacientes admitidos cubren todo el espectro de posibilidades diagnósticas y de manejo en prácticamente todas las especialidades y subespecialidades, con servicios, divisiones o unidades propias pero en constante y dinámica interrelación, sello fundamental de la medicina contemporánea. El hospital general es hoy el escenario clínico con números cada vez mayores, pero aun insuficientes, de personal (en diversos niveles jerárquicos dentro de cada profesión), de camas, laboratorios y áreas de interconsulta. Cuenta además con subdivisiones que van desde servicios de emergencia hasta unidades especializadas, en las cuales la estancia del paciente tiende a ser cada vez más corta. En tal contexto, las áreas de emergencia y servicios ambulatorios son hoy escenario de flujos crecientes de pacientes, demandas administrativas y exigencias no siempre realistas de rendimiento laboral.

La presencia de la psiquiatría en el hospital general no ha sido ajena a estas tendencias. Históricamente, corresponde al movimiento de la llamada Medicina Psicosomática, el privilegio de haber fomentado el ingreso de la especialidad al más amplio territorio médico. De base psicodinámica inicial, algunos de los excesos doctrinarios en que incurrió no llegaron a opacar su mensaje de integración, respeto mutuo y aceptación pragmática (18). Esta última se materializó hacia mediados del siglo pasado, primero con la apertura de unidades psiquiátricas en hospitales generales y, a partir de los años 60, con el advenimiento de la llamada Psiquiatría de Enlace o *Consultation Liaison Psychiatry* que permitió una interacción mucho más cercana y productiva de la especialidad psiquiátrica con sus pares (19-21). El proceso ha continuado con el vigoroso avance de la llamada Atención Integrada, *Integrated Care* o *Comprehensive Medicine* en el ámbito clínico actual (22).

El hospital general y su trasfondo psicológico o emocional exhiben un ambiente colectivo necesariamente heterogéneo que se homogeniza sin embargo, al influjo de ingredientes comunes de temor y esperanza, expectativas y angustias, opiniones coincidentes o divergentes... y grados diversos de estigma, expresos o simulados, aceptados o negados. Hay ciertamente enfermedades médicas (infecciones exóticas de naturaleza epidémica, cáncer de diversos tipos, obesidad, cuadros congénitos, dolencias geriátricas) sobre las que convergen actitudes de estigma, pero ésta es varias veces más evidente cuando se trata de entidades psiquiátricas. En este sentido, los ejemplos más claros se dan, sin duda, en la práctica de la

psiquiatría de enlace: el consultor acude a un servicio médico o quirúrgico, conversa con el colega que refirió el caso, con enfermeras y otro personal auxiliar, con familiares, eventualmente con otros pacientes y, obviamente, con el (o la) paciente mismo (a). Su tarea va más allá del solo diagnóstico o de la prescripción correspondiente; se trata de una evaluación compleja y completa, del estudio de creencias, de modalidades de búsqueda de ayuda, atribuciones causales y nociones culturales respecto al problema clínico y sus implicaciones diagnósticas, terapéuticas o pronósticas (23,24). Y en medio de esta información, inevitablemente densa y multiforme, el psiquiatra debe explorar también la presencia (o ausencia) de estigma hacia la condición consultada.

Actores

A la manera de un proscenio cabal, el hospital general y sus expresiones de estigma tienen una variedad de actores, cada uno de los cuales encarna perspectivas propias. El actor central es, sin duda, el *paciente*, portador de síntomas y quejas, de su conocimiento más o menos sofisticado respecto a salud y enfermedad, a patología y psicopatología, de su propia explicación causal de la enfermedad, de factores de riesgo y protección, de sus fortalezas y debilidades (25). En la mayoría de casos, consciente de sus derechos, el paciente puede formular preguntas, esperar respuestas y emitir opiniones. En el caso de diagnósticos psiquiátricos, sin embargo, criterios fuertes de estigma pueden dominar, en casos, sus deseos de información completa y desviar la naturaleza y el propósito de una evaluación especializada. El resultado de desconcierto y caos informativo es predecible (10, 11, 26).

Los *familiares* del paciente constituyen un reparto de múltiples caracteres que no exhiben, por cierto, uniformidad u homogeneidad de criterios frente a la enfermedad mental y su carga de estigma. Por el contrario, las opiniones y las actitudes o conductas vinculadas a ellas son tan variadas como el número de miembros del grupo familiar. La presencia física y el nivel de involucramiento en términos de visitas diarias, grado de apoyo, comentarios y reacciones pueden variar si al diagnóstico físico se une un diagnóstico psiquiátrico. Prejuicios y subsecuentes precauciones (menos visitas, un diálogo más reservado, distraibilidad deliberada, entre otros) pueden surgir abruptamente, aun cuando reacciones opuestas son también posibles (27,28).

La actitud de los *profesionales* envueltos en la interconsulta psiquiátrica es crucial. En primer término, el médico que hace la consulta tiene muy probablemente criterios ya formados respecto a salud y enfermedad mental y, si ellos son intensamente negativos, el llamado al psiquiatra de enlace, constituye un esfuerzo sincero de objetividad y superación de eventuales prejuicios. Ello no obstante, el estigma seguirá

operando en sus acciones e interacciones con el paciente, los familiares y el colega consultor. En la inmensa mayoría de casos, la respuesta será deseablemente correcta pero, en algunos, se puede observar niveles de desapego o indiferencia, cambios en el estilo de la transacción cotidiana, altas prematuras u otros indicios de estigma (16,17,29).

El psiquiatra consultor es otro actor principalísimo en este escenario. El que ejerza psiquiatría de enlace como subespecialidad o trabajo clínico primario permite anticipar un nivel mínimo o incluso una ausencia total de estigma. Su deber fundamental es efectuar una evaluación integral del caso y emitir sugerencias constructivas de manejo y seguimiento. Auto-observación, rasgo ocupacional probablemente más desarrollado en psiquiatras que en otros profesionales, permite prevenir efectos negativos de estigma en la actividad del consultor.

Enfermeras, asistentes médicos, trabajadoras sociales, terapeutas físicos, capellanes, secretarías, voluntarios y el personal auxiliar del servicio referente, constituye un componente importante del *ámbito* que circunda al paciente antes y después de la interconsulta. Una vez más, la variedades de opiniones y actitudes frente a un diagnóstico psiquiátrico da lugar a un despliegue de opciones y posibilidades. Miradas “de reojo”, suspicacias, hipersensibilidades, precauciones desusuales, preguntas pertinaces al médico tratante, rumores y evitamiento marcado, de un lado; y de otro, delicadezas, atención más prolija, sonrisas o voces de aliento pueden evidenciarse en este ambiente multifacético (25, 30).

No debe olvidarse a los *otros pacientes* en el servicio. Grupo también heterogéneo y aún más imprevisible que el del personal auxiliar, su reacción puede ser intensa si cunde el diagnóstico (cualquiera que él fuera) hecho por el consultor y si la actitud subsecuente del personal refuerza tal reacción. El aislamiento del paciente, la desconfianza, el temor a interactuar con él, la acusación fácil o la invectiva injustificada pueden caracterizar aquella reacción, reflejando variados niveles de estigma y discriminación. Es importante que todo el personal profesional y auxiliar tome nota de estas circunstancias en el devenir de su labor asistencial diaria.

El *público*, espectador no necesariamente pasivo del quehacer cotidiano de un hospital general, puede jugar un rol en esta serie de interacciones, merced a la eventual intervención de medios de comunicación masiva, en particular de las redes sociales y aún diarios o revistas locales que difundan noticias con afanes sensacionalistas (31, 32). A fin de cuentas, estos medios son los agentes primarios de todo “lo bueno, lo malo y lo feo” que la sociedad contemporánea adquiere y digiere

día a día: estigma hacia la enfermedad mental es uno de esos ingredientes.

Formas de presentación

El estigma adopta formas diversas de presentación en el hospital general. A las ya mencionadas posturas de rechazo abierto, negación o silencio, o de motivaciones como vergüenza o culpa, se unen otras:

Causalidad física: El ser portador de un cuadro médico, quirúrgico, obstétrico o, en general, el estar en un hospital no-psiquiátrico confiere al paciente y su familia, la factibilidad de usar explicaciones “físicas” como causa de eventuales síntomas emocionales (“¡la causa es la misma que me ha dado esta neumonía, doctor; se cura la neumonía y se me va el miedo!”), reduciendo con tal racionalización el impacto de una auto-crítica estigmatizante (10,33).

Bromas o comentarios risueños, “indirectas” elusivas de juicio frente a la posible evidencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante: “¿Así que estoy loco? ¡No doctor, el loco es mi primo que se cree actor de cine!”.

Insultos: Informado de la posibilidad, el paciente reacciona airadamente y profiere comentarios duros o soeces, acusando o criticando a otros (fundamentalmente a familiares o al propio profesional), manifestaciones que, sin embargo, no son ni deben ser calificadas como psicóticas.

La actitud “conspiratoria” en respuesta a posibilidades de diagnóstico psiquiátrico entraña la participación de otros, en la mayoría de casos familiares del paciente que, tal vez en respuesta a sus propios temores, refuerzan la negación, intensifican el silencio o desvían la crítica a otras fuentes (15).

Cada entidad diagnóstica puede dar lugar a distintas formas de presentación del estigma, de modo tal, que la presencia de éste refleja una relación estrecha y casi directa con la seriedad de aquélla. Se sabe que los cuadros psicóticos (esquizofrénicos o bipolares) engendran un rechazo mayor, basado en un prominente nivel de estigma (34). Su expresión puede ser algo menor en cuadros afectivos, aun cuando en éstos la sensación de desesperanza y angustia puede dominar las manifestaciones del estigma subyacente. Entidades de tipo ansioso, con miedos concomitantes o historias traumáticas, acentúan actitudes de negación y estigma basadas en recuerdos penosos (35). Paradójicamente, un diagnóstico de trastorno de personalidad puede producir reacciones menos intensas, un tanto ambiguas y, en todo caso, un nivel de estigma un tanto menos abrumador que el de otros diagnósticos (36); lo mismo tiende a ocurrir con cuadros adictivos, considerados auto-evidentes y cuyo tratamiento y eventual

recuperación se estima que puedan depender más de la “fuerza de voluntad” de los pacientes que de factores más allá de su control, íntimamente unidos a la raigambre cognitivo-instintiva del estigma (37).

Impacto y consecuencias

Se ha mencionado ya el aislamiento del paciente en la unidad de servicio como resultado de la reacción estigmatizante de otros pacientes, familiares o personal profesional y auxiliar. De parte de estos últimos, si son víctimas de ideas y/o convicciones de estigma, el nivel de calidad de su trabajo puede decrecer involuntaria o inconscientemente, dando lugar a una atención mediocrizada que puede llegar, en algunos casos, a negligencia marcada, a falta de atención a las quejas del paciente o a reportes de otros en relación a su evolución clínica. El corolario de estos eventos puede ser, por cierto, el agravamiento tanto del padecimiento físico primario (el que trajo al paciente al hospital) como del cuadro psiquiátrico que dio lugar al pedido de interconsulta (38).

Los diferentes niveles de rechazo, sutil o declarado, nacido del estigma hacia la enfermedad mental son potenciales factores de desquiciamiento del orden interno de la institución hospitalaria, de las relaciones entre diferentes niveles del personal que labora en ella, de interpretaciones equivocadas en cuanto al origen y la naturaleza de los hechos subsecuentes y de la asignación errónea de responsabilidades. La consecuencia final puede irrogar daños severos o permanentes a la relación del hospital con la comunidad a la que sirve y a la confianza que ésta y actuales y futuros pacientes puedan o quieran depositar en aquél.

DISCUSIÓN

¿Qué hacer ante una situación de desconcierto y desmoralización en la totalidad o en sectores de un hospital general, resultante de diversas maneras de expresión de estigma hacia la enfermedad mental, por parte de diversos actores? Una respuesta inicial es obviamente la de activar mecanismos de prevención en base a disposiciones administrativas y clínicas precisas, adecuadamente diseminadas, materia de programas regulares de adiestramiento y actualización y de discusiones continuas entre todos los segmentos de la institución hospitalaria (39-41). En este contexto, la educación de profesionales (a través del ejercicio de una Atención Primaria Integrada) y del público (mediante información pertinente de los medios de comunicación masiva y redes sociales), juega un rol decisivo de planificación y alcances realistas.

Los pacientes y familiares directamente afectados por actitudes negativas en el ámbito hospitalario deben ser objetivo fundamental de estas labores de prevención y manejo.

Debe darse prioridad a testimonios personales ante audiencias directamente envueltas en el proceso y a discusiones francas en torno a motivos y detalles de la acción o reacción estigmatizadora. La conducción de tales encuentros, a cargo de expertos en salud mental, salud pública y comunicación puede garantizar un efecto saludable. La difusión de transacciones y resultados de estos ejercicios dentro y fuera del servicio afectado o del hospital en general, jugaría también un papel primordial en las labores de alivio y prevención de daños secundarios a estigma.

Existen otras modalidades de enseñanza a los grupos envueltos en causas y consecuencia del estigma. El hospital general puede tener ventajas en relación a otras instituciones de salud si abre sus instalaciones a debates y conversatorios públicos y a la participación de figuras importantes, con experiencia propia o adquirida en relación al tema. Se considera aquí la presencia de “celebridades”, personas de figuración pública en diversas áreas (artes, ciencias, letras, academia, política, tecnología, etc.) que hayan padecido de un cuadro mental y hayan sido, de una u otra manera, protagonistas o víctimas de acciones desencadenadas por el estigma hacia él. El poder persuasivo de estas acciones tiene muchos ejemplos (42-44) y hasta se ha considerado que su impacto es mucho más notable que el de la difusión de hallazgos de la investigación psico y neuro biológica en relación a salud y enfermedad mental (45). Historias personales presentadas en los medios, el trabajo de organizaciones no-gubernamentales, discusión de películas en relación al tema, son otros pasos que se han dado -y que deben continuar- en este tipo de campañas (46, 48).

América Latina es una región de características culturales propias, pero que, al igual que otras en el mundo, es escenario de una compleja historia de hechos relacionados al estigma mental. La interacción de factores poblacionales religiosos, étnicos, lingüísticos y socio-económicos es particularmente intensa y potencialmente conflictiva (49-52) por lo que el estigma puede revestir riesgos añadidos dentro del curso clínico de enfermedades mentales. La labor internacional coordinada de dependencias de salud, personal administrativo y clínico de hospitales y una opinión pública madura y convergente sería factor decisivo en el manejo exitoso del estigma y sus problemas en el continente y en el mundo (53-55).

CONCLUSIONES

La percepción de estigma y sus implicancias es comparada por personas, agencias y organizaciones diversas en el contexto social. El concepto adquiere un significado poderoso (y hasta ominoso) cuando proyectado focalmente al campo de la salud mental, en el que sus consecuencias pueden ser devastadoras. Es importante estudiar e investigar a fondo su vigencia a nivel global, con énfasis en las características con que se da en cada región, continente o ámbito colectivo, incluidos escenarios clínicos tales como hospitales generales y sus diversas reparticiones. El manejo debe incluir estrategias de salud y educación pública, con énfasis preventivo, pero debe extenderse también a tareas de educación y adiestramiento práctico a médicos y otros profesiones de la salud. El rol de expertos en psiquiatría cultural y social debe ser fundamental en la cristalización de estas estrategias.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. & C. Merriam Co. *Webster's Third New International Dictionary*. New York, 1966.
2. *Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española*, 20a. edición. Madrid, 1984.
3. Bryman A., Lewis-Beck M.S. & Liao T.S. *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Thousand Oaks, California: SAGE, 2004.
4. Corrigan P.W., Druss B.G., Perlick D.A. *The impact of mental illness stigma on seeking and participating on mental health care*. *Psychol Sci Public Interest* 2014; 15: 37-70.
5. Bhugra D., Maj M., Ventriglio A., Ruiz P. *World aspects of Psychiatry*. En: Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th. Ed. Chp. 62. Philadelphia, PA: Wolters-Klower, 2017: pp. 4517-4532.
6. Patten S.B., Williams J.V., Lavorato D.H. et al. *Perceived stigma among recipients of Mental Health Care in the general Canadian population*. *Can J Psychiatry* 2016; 61: 480-488.
7. Aromaa E., Tolvanen A., Tuulari J., Wahlbeck K. *Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 125-132.
8. Murthy R.S. *Stigma is universal but experiences are local*. *World Psychiatry* 2002; 1: 28-30.
9. Schibalski J.V., Müller M., Ajsacic-Gross V. et al. *Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels*.

- Copmpr Psychiatry 2017; 74: 224-230. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.001.
10. Kao Y.C., Lien Y.J., Chang H.A., Wang S.C., Tzeng N.S., Loh C.H. Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigm. *Psychiatry Res* 2016; 240: 187-195. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.030.
 11. Picco L., Pang S., Lau Y.W. et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res* 2016; 246: 500-506. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.041.
 12. Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40: 265-274.
 13. Montenegro R. Advances and perspectives in mental health: Is psychiatry being stigmatized?. *Psiquiatriki* 2011; 22: 283-289.
 14. Totman J., Mann F., Johnson S. Is locating acute wards in the general hospital an essential element in psychiatric reform? The U.K. experience. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010; 19: 282-286.
 15. Liggins J., Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: A qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 359-364.
 16. Grover S., Avasthi A., Singh A. et al. Stigma experienced by caregivers of patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study. *Int J Soc Psychiatry* 2017; May 1: 20764017709484. doi: 10.1177/0020764017709484. [Epub ahead of print]
 17. Magliano L., Strino A., Punzo R., Acone R., Affuso G., Read J. Effects of the diagnostic label "schizophrenia", actively used or passively accepted, on general practitioners' views of this disorder. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63: 224-234. doi: 10.1177/00207640017695353.
 18. Sadock B., Alcott V. *Medicina Psicossomática. Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta/Psiquiatría Clínica (10a. ed.)* Barcelona: Wolters Klower Health. Madrid, España 2008; pp. 813-838.
 19. Lipowski Z.J. Consultation-Liaison Psychiatry: An overview. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 623-630.
 20. Hoyle L., Streltzer J. (Eds.) *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, 2nd. Ed.. New York: Springer, 2015.
 21. Noblett J., Caffrey A., Deb T. et al. Liaison Psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *J Psychosom Res* 2017; 95: 26-32.
 22. El Ansari W. When meanings blur, do differences matter? Initiatives for improving the quality and integration of care: conceptual matrix or measurement maze? *J Integra Care* 2011; 19: 5-21.
 23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Ed (DSM-5). Section III, Cultural Formulation*. Washington DC: APA, 2013. pp. 749-760.
 24. Alarcón R.D., Vega-Dienstmaier J., Cruzado L. Use of the Cultural Formulation Interview in different clinical settings. En: *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Lewis-Fernández R., Aggarwal N.K. Hinton L. et al. (Eds.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc., 2015, pp. 208-223.
 25. de Figueiredo J.M. Deconstructing demoralization: distress and subjective incompetence in the face of adversity. En: *The Psychotherapy of Hope: The Legacy of Persuasion and Healing*. R.D. Alarcón, Frank J.B. (Eds.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2012, pp. 107-124.
 26. Powers R. *No one cares about crazy people*. New York: Hachette Books, 2017.
 27. Karnieli-Miller O., Perlick D.A., Nelson A., Mattias K., Corrigan P., Roe D. Family members of persons living with a serious mental illness: Experiences and efforts to cope with stigma. *J Ment Health* 2015; 22: 254-262.
 28. Pérez-Garín D., Molero F., Bos A.E. Internalized mental illness stigma and subjective wellbeing: the mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Res* 2015; 228: 325-331.
 29. Gold K.J., Andrew L.B., Goldman E.B., Schwenk T.L. I would never want to have a mental health diagnosis on my record: A survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment and reporting. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 43: 51-57.
 30. Harrison C.A., Hauck Y., Ashby R. Breaking down the stigma of mental health nursing: A qualitative study reflecting opinions from Western Australian nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017, Apr. 19. doi: 10.1111/jpm/12392 [Epub ahead of print].
 31. Peek H.S., Richards M., Muir O., Chan S.R., Caton M., McMillan C. Blogging and social media for mental health education and advocacy: A review for psychiatrists. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 88-91. doi: 10.1007/s11920-015-0629-2.
 32. Henderson C., Noblett J., Parke H. et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 467-482. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6.
 33. Abdullah T., Brown T.L. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 934-948.
 34. Singh A., Mattoo S.K., Grover S. Stigma and its correlates in patients with schizophrenia attending a general hospital psychiatric unit. *Indian J Psychiatry* 2016; 58: 291-300. doi: 10.4103/0019-5545/192024.
 35. Schraufnagel T.J., Wagner A.W., Miranda J., Roy-Byrne P.P. Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us?. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 27-36.
 36. Alarcón R.D., Foulks E.F., Vakkur M. *Personality Disorders and Culture. Clinical and conceptual interactions*. New York, NY: Johns Wiley & Sons, Inc., 1998.
 37. Wanigaratne S., Salas S., Strang J. Substance misuse. En: *Textbook of Cultural Psychiatry*. Bhugra D., Bhui K., (Eds.). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2007, pp. 242-254.
 38. Chen J.A., Shapero B.G., Trinh N.T. et al. Association between Stigma and Depression outcomes among Chinese immigrants in a Primary Care Setting. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: 1287-1292. doi: 10.4088/JCP.15m10225.
 39. Blashill A.J., Perry N., Safren S.A. Mental health: A focus on stress, coping, and mental illness as it relates to treatment retention, adherence, and other health outcomes. *Curr HIV/AIDS Rep* 2011; 8: 215-222.

40. Filipic I., Pavicic D., Filipic A. et al. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Anthropol* 2003; 27: 301-307.
41. Trinh N.H., Bedoya C.A., Chang T.E., Flaherty K., Yeung A. A study of culturally focused psychiatric consultation service for Asian American and Latino American primary care patients with depression. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 166-170. doi: 10.1186/11.
42. Jamison K.R. *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*. New York: A.A. Knopf, 1995.
43. Styron A. *Darkness visible. A memoir of madness*. New York: Random House, 1990.
44. Vargas E. *Between Breaths. A Memoir of Panic and Addiction*. New York: Grand Central Publishing, 2016.
45. Pescosolido B.A., Martin J.K., Long J.S., Medina T.R., Phelan J.C., Link B.G. A disease like any other?. A decade of change in public reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1321-1330.
46. Wahl O.F., Lefkowitz J.Y. Impact of a television film on attitudes about mental illness. *Am J Commun Psychol* 1989; 17: 521-528.
47. Siu B.W., Chow K.K., Lam L.C., Chan W.C., Chui W.W. A questionnaire survey on attitudes and understanding towards mental disorders. *East Asian Arch Psychiatry* 2012; 22: 18-24.
48. Mak W.W., Chan R.C., Wong S.Y. et al. A cross-diagnostic investigation of the differential impact of discrimination on clinical and personal recovery. *Psychiatr Serv* 2017; 68: 159-166. doi: 10.1176/appi.ps.201500339.
49. Loch A.A., Gattaz W.F., Rössler W. Mental healthcare in South America with a focus on Brazil: past, present and future. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 264-269. Doi: 10.1097/YCO.000000000000259.
50. Interian A., Ang A., Gara M.A., Rodríguez M.A., Vega W.A. The long-term trajectory of depression among Latinos in primary care and its relationship to depression care disparities. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 94-101.
51. Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J. et al. Global Burden of Disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575-1586.
52. Castro P, Segura R, Tordoya G, Arévalo M, Vega J, Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med Per* 2013; 30: 63-69.
53. Tommasini N.R. Private insurance coverage for the treatment of mental illness versus general medical care: a policy of inequity. *Arch Psychiatr Nurs* 1994; 8: 9-13.
54. Quidu F., Escaffre J.P. Are the representations of the "madman", the "mentally ill person", the "depressive" and the opinions towards psychiatric hospitals homogeneous according to the populations of the investigated sites?. *Encephale* 2010; 36 (3 Suppl): 15-19. Doi: 10.1016/S0013-7006(10)70013-0.
55. Gureje O., Olley B.O., Kola L. et al. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry* 2006; 52: 104-107.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE E INTERCONSULTA Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA: UN SUTIL EQUILIBRIO

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY AND PSYCHOSOMATICS: A DELICATE BALANCE

DR. RODRIGO ERAZO (1)

(1) Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: rerazo@clinicalascondes.cl

RESUMEN

Se presenta un breve resumen de las características principales de la Psiquiatría de Enlace e Interconsulta y de la Medicina Psicosomática; se plantean las conexiones y diferencias entre ambas y se discute de manera sucinta tanto las ventajas como las dificultades de implementación de una y de otra en Chile. El objetivo del artículo es discutir la pertinencia de la aplicación del término de medicina psicosomática en Chile.

Palabras clave: Medicina psicosomática, psiquiatría de enlace, hospital general.

SUMMARY

A short summary of the main characteristics of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine is presented; their similarities and differences are also shown and some of the advantages and difficulties of applying them in Chile are briefly discussed. The aim of this article is to discuss the congruence of the psychosomatic medicine term in Chile.

Key words: Psychosomatic medicine, consultation-liaison psychiatry, general hospital.

INTRODUCCIÓN

“La **Medicina Psicosomática** y la **Psiquiatría de Enlace e Interconsulta** son campos inseparablemente unidos. El primero, por definición, posee una visión que la sitúa como un campo de

teoría e investigación a la vez que un conjunto de indicaciones y guías para la práctica clínica. La Psiquiatría de Enlace aproxima la mirada psicosomática a los problemas de la interface entre la Psiquiatría y la Medicina. Ambos campos emergieron de manera más o menos simultánea hace medio siglo y han compartido lo bueno y lo malo de ello”(1) (Trad. del A.).

El autor de estas líneas, Zbigniew J. Lipowski (“Bish”, como era conocido coloquialmente) ha sido probablemente uno de los psiquiatras que más aportó a la construcción del concepto de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta en los EE.UU. y en Canadá y sin duda fue el más prolífico de sus promotores. El párrafo citado vincula con mucha claridad a la Medicina Psicosomática (MP) con la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (PsIE), otorgando a la primera un carácter más conceptual y teórico mientras que sitúa a la siguiente en una función operativa, por así decirlo. Me referiré a menudo a la evolución tanto de la MP como de la PsIE en EE.UU. considerando que es en ese país donde más claramente se ha llevado a cabo el desarrollo de ambas; también es allí donde encontramos la trama más densa del tejido que ambas han ido formando en los últimos sesenta o setenta años, tan densa que muchas veces es difícil separarlas y saber cuál es cuál. Y es precisamente ese trenzado el que interesa en el desarrollo de este artículo.

Junto con Tom Hackett, Don Lipsitt, Ned Cassem y muchos otros, Bish Lipowski produjo algunos de los más vibrantes capítulos de la literatura concerniente a los temas de Enlace e Interconsulta

en el ámbito de la especialidad (2-5). Y aunque la principal influencia de este enfoque se ha centrado en Norteamérica, su dominio se ha extendido por todo el mundo, en especial por Sudamérica y por Europa. Si la psicología y su linaje son europeos, la idea de una “medicina psicodinámica” emigró a Norteamérica de la mano de Félix Deutsch, que había acuñado el concepto en la Viena de los años veinte a partir de una matriz psicoanalítica. Deutsch fue médico internista de Sigmund Freud y desplegó grandes esfuerzos por unir el aporte del psicoanálisis a la medicina. Años más tarde, en 1939, el propio Deutsch contribuiría a la fundación de una de las más prestigiosas publicaciones sobre el tema en EE.UU., *Psychosomatic Medicine* (el mismo año de la muerte de Freud y el del comienzo de la Segunda Guerra Mundial).

Sin embargo, la oficialización de la MP como campo de la Psiquiatría en EE.UU. es mucho más reciente y no ocurrió hasta 2003, con la creación de la subespecialidad de “Medicina Psicodinámica” por el *American Board of Psychiatry and Neurology* (ABPN).

Así, al menos en la psiquiatría norteamericana, el concepto de Medicina Psicodinámica pasó a ocupar el lugar que reclamaba desde hacía mucho, quizá desde la llegada a “América” de esa gran oleada de inmigrantes europeos de la que formaba parte el propio Deutsch, grupo humano que traía en su equipaje experiencias muy duras, conocimientos novedosos e ideas sofisticadas que impactaron favorablemente el ámbito de la Psiquiatría y de la Psicología de esa época.

Curiosamente, una de las figuras más importantes en el progreso conjunto de la PsE y la MP, no fue un psiquiatra, sino el Dr. Alan Gregg, director médico de la División de Ciencias Médicas de la Fundación Rockefeller, según cuenta Don Lipsitt (6,7). Durante los años de la postguerra la psicología ejerció un fuerte atractivo para el mundo médico, psiquiátrico y psicológico, e incluso para los legos en Estados Unidos. Gregg había conocido a Freud y a otros importantes psicoanalistas y a partir del interés que despertó en él la nueva teoría, comprometió esfuerzos (y financiamiento, desde luego) para la integración de las ciencias biomédicas, el psicoanálisis y la psiquiatría, resultando así la psicología una buena síntesis. De esa manera y gracias a los fondos aportados a programas universitarios, departamentos clínicos e individuos (desde el Servicio de Interconsulta Psiquiátrica del Massachusetts General Hospital hasta los grants para la formación de figuras como John Romano (8) o George Engel (9) en la U. de Rochester).

El tránsito de experiencias, investigación clínica, estadios de perfeccionamiento, desarrollo de programas de becas, entre otros, fertilizaron de manera cruzada tanto a las nacientes unidades de PsE en los hospitales generales como a los centros universitarios, asociaciones y comités editoriales de los principales medios vinculados a la MP.

La cuestión de “la psicodinámica” en general y sus variaciones ya fue tratada por nosotros en otra parte (10), por cuanto me centraré aquí en algunas ideas que intentarán delimitar el ámbito de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en nuestro medio, a discutir la pertinencia de una Medicina Psicodinámica y a plantear ciertas dificultades prácticas a la hora de su implementación.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE E INTERCONSULTA EN CHILE

Es difícil encontrar un nítido punto de encuentro de la psiquiatría con la medicina antes de los primeros años del siglo XX, en Chile. Luego, ya en los primeros años del siglo, diversos autores parecen haber contribuido a la denominación de “enlace e interconsulta” para la actividad de la especialidad al interior del hospital general (HG). Ya en 1922, Albert M. Barret, un psiquiatra que fue presidente de la Asociación Psiquiátrica de Norteamérica (APA), señalaba que “en los últimos años la psiquiatría ha obtenido la posición de una ciencia de enlace (*liaison science*) entre la medicina y los problemas sociales” (11). Sin embargo, quien estableció por primera vez con claridad la idea de “psiquiatría de enlace” fue Edward G. Billings en 1939, quien más tarde crearía la primera unidad de Psiquiatría de Enlace en el hospital general de la Universidad de Colorado, en Denver. (12,13)

Entendemos la **Interconsulta Psiquiátrica** como: la actividad clínica generada a partir de una demanda efectuada por otros especialistas hacia los psiquiatras a propósito de un caso individual que requiere evaluación, sugerencias de tratamiento, manejo y eventual seguimiento en el contexto de un hospital general. **Psiquiatría de Enlace:** es el conjunto de actividades clínicas, de investigación, educación y de difusión desarrolladas por un servicio de Psiquiatría de un hospital general en una relación combinada con otros grupos o departamentos de diferentes especialidades médicas con el propósito de diseñar programas y estrategias clínicas capaces de optimizar el manejo integral de los problemas médicos (14).

El devenir de la Psiquiatría de Enlace e Interconsulta en Chile no ha sido documentado en detalle. Las publicaciones que dan cuenta de su desarrollo tanto en el ámbito de la salud pública como privada son escasas (15-22) y las existentes tienden a privilegiar la información sociodemográfica de las interconsultas (llamada también consultoría o interconsultoría), suelen proporcionar datos bastante generales respecto de la morbilidad observada o evaluada por psiquiatras; al mismo tiempo resulta infrecuente encontrar antecedentes sobre el tipo de las intervenciones efectuadas ni sus resultados. Escasean los artículos conceptuales o las precisiones respecto de la creación y despliegue de actividades de Enlace, en particular, aunque existen señaladas excepciones (23,24). Se podría intentar establecer algunas hipótesis para entender este escenario, aunque está lejos del propósito de nuestro análisis actual ahondar en ello. Sin embargo, si observamos el proceso de creación

y desarrollo de unidades de psiquiatría al interior de los hospitales generales en nuestro país, podríamos constatar que este es bien reciente. Hasta los años ochenta e incluso noventa del siglo pasado prevalecía en nuestra sociedad el funcionamiento de grandes estructuras asilares, por una parte, y por otra, estaba el significativo (aunque accidentado) acontecer de la psiquiatría comunitaria. Por cierto que algunas de estas unidades ya existían en algunos Hospitales Generales (HG) tanto de Santiago como de provincias desde antes, e incluso algunos grupos de investigadores comunicaban desde entonces resultados incipientes sobre la actividad de PsIE (25). Mientras los grandes hospitales psiquiátricos comenzaban a disminuir su población de manera progresiva, también a ritmo lento proliferaban las unidades psiquiátricas en los HG. Si bien aquello parece haber promovido gradualmente la actividad de interconsultoría de los psiquiatras, no ha ocurrido lo mismo con la participación programada de aquellos en programas estructurados de enlace (dolor crónico, psico-oncología, trasplantes, alto riesgo obstétrico, entre otros), acciones que requieren un nivel diferente de compromiso e integración entre los servicios o departamentos participantes. Una cuestión decisiva a este respecto es la del financiamiento. Aunque muchos antecedentes permiten afirmar que las actividades de PsIE reducen tiempos de hospitalización y mejoran diferentes aspectos médicos y evolutivos de los pacientes internados que se podrían traducir en términos económicos, hasta ahora esas referencias no han podido constituirse en un buen argumento para que los administradores hospitalarios se interesen en fomentar la actividad, ni tampoco sucede aquello a nivel de la generación de políticas públicas en el sector salud. O por lo menos no ocurre con la fuerza ni con la velocidad deseable. Así, al menos en nuestro medio y tanto en el sector privado como en el público, la mayoría de las veces estas prácticas se realizan a cuenta de la voluntad y el compromiso de los psiquiatras interesados, quienes destinan horas de su tiempo personal a una actividad que no suele tener réditos inmediatos. Lo mismo se podría decir de la investigación sobre el tema en nuestro país, la que finalmente depende del esfuerzo individual de los investigadores, que invierten muchas horas de su tiempo estudiando antecedentes, recopilando datos y escribiendo artículos, sin que eso se traduzca necesariamente en una ventaja académica o curricular. Aquello hace particularmente valiosas las investigaciones existentes en nuestro país.

MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN CHILE

Quizá una excepción a lo anterior lo constituye el ejercicio de una Psiquiatría de Enlace que se acerca más al modelo norteamericano reseñado aquí, precisamente por estar ligada a una estructura universitaria que ha tomado el riesgo de invertir en una “psiquiatría médica y académica”, es decir que, al mismo tiempo que se vincula con el quehacer médico-quirúrgico de un HG, articula la asistencia con investigación y docencia en todos los niveles académicos. En esa línea, hace poco tiempo (2014) se inició en Santiago el programa de formación en la sub-especialidad de

Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), proyecto altamente innovador en nuestro medio. Simultáneamente fue publicado el manual “Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática”, muy ligado a ese mismo programa (26). Desde luego este es un proyecto que se adelanta y crea puentes hacia un futuro en que esté plenamente vigente una legislación de especialidad y eventualmente de sub-especialidad.

Sin embargo, el anterior no es el modelo predominante en nuestro medio. Las grandes tendencias y aportes de la psiquiatría académica se han centrado en los temas más clásicos de la especialidad, de eso no hay duda y se han creado escuelas de pensamiento con una larga tradición y ascendencia. En cambio, la psiquiatría vinculada al terreno hospitalario general no ha tenido hasta aquí la oportunidad, o no la ha buscado, de encontrar refugio pleno en las universidades ni tampoco ha hecho una carrera en la generación de conocimiento desde ellas, principalmente. En ese mismo sentido, el programa de la Universidad Católica viene a llenar un importante vacío en nuestro medio y sólo queda esperar lo mejor de ese proyecto, tanto por el prestigio de la universidad que lo cobija como por el de las personalidades que lo llevan a cabo.

Aunque cada vez la brecha es menor, aún coexiste en Chile una psiquiatría de mediados del siglo XX con otra de talante finisecular y ambas coinciden ahora con una más nueva, “moderna” o actualizada. Es justamente desde los intersticios de ese quehacer diferenciado y desigual de donde surgen algunos de nuestros mayores interrogantes sobre el posible alcance de una Medicina Psicosomática en nuestro medio. Como examinábamos más arriba, no hay duda que en la realidad norteamericana esta denominación adquiere completo sentido: de un lado está la historia (y la geografía) de un concepto “migratorio” y luego bien avicinado y mejor establecido que supo fusionar los disímiles territorios de la psicodinámica y la psicofisiológica con los avances de la medicina contemporánea. Por otra parte, está la carrera paralela y apretada del desarrollo y germinación temprana de unidades y departamentos de enlace e interconsultoría en los HG junto al creciente *corpus* conceptual de la Medicina Psicosomática académica, destinado a servir de matriz teórica a la actividad de los primeros. Y todo ello aderezado con una prolífica actividad editorial vinculada al activo quehacer de asociaciones de gran peso político y capacidad de lobby. De todo eso hemos carecido aquí, en Chile y por lo mismo, no existe una paternidad capaz de sustentar una teoría que abrigue a una práctica aún precaria y reciente.

Es posible e incluso altamente probable que lleguemos a reproducir dentro de nuestra psiquiatría la idea norteamericana de Enlace e Interconsulta (+) Medicina Psicosomática. Lo hemos hecho en otros ámbitos de la especialidad, con mayor o menor éxito. El mencionado programa de sub-especialidad de la U. Católica, un grupo de trabajo de la Sociedad de Neurología,

Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSyN) y varias iniciativas de educación continua parecen anunciarlo anticipadamente. Sin embargo, es necesario que nos hagamos cargo de las profundas grietas que fragmentan la realidad nacional no sólo en términos de un quehacer específico, sino conceptualmente. Caminar hacia una suerte de eculización de la *praxis* psiquiátrica al interior de los HG chilenos pareciera coincidir no sólo con un buen deseo sanitario o una sana aspiración académica: se parece más bien a un imperativo ético. Y sabemos por experiencia que para conseguir eso pasará aún mucha agua bajo los puentes.

CONCLUSIÓN

El desarrollo de la especialidad psiquiátrica en nuestro país, y en particular el que ha tenido lugar en el ámbito de los niveles de salud secundario y terciario de la salud pública, se desplaza

gradualmente hacia la provisión de unos servicios que eran desconocidos hasta hace unos años. Desde la perspectiva de un nivel terciario, el establecimiento de una Psiquiatría de Enlace e Interconsulta capaz de permitir un diálogo cercano entre las polaridades privado-público, centro-regiones, asistencia-academia requiere tiempo; pero también voluntades, en especial de aquellas vinculadas al quehacer político. El modelo teórico capaz de prevalecer, ya sea el de la vertiente de la Medicina Psicosomática norteamericana o de alguna de sus variantes europeas, o bien el de la pragmática tradición de la Psiquiatría de Enlace del Servicio Nacional de Salud (NHS) británico (que por cierto elude cuidadosamente el término "psicosomática"), puede demorar en su desarrollo. Lo que es ineludible, creemos, es la consolidación en Chile de una actividad de enlace e interconsulta psiquiátrica que tenga la solidez y continuidad de un programa de vacunas, o quizá, el de uno de trasplantes.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lipowski ZI: *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry: Selected Papers*. New York, Plenum, 1985.
- Lipowski ZI. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med* 1967; 29:153-71.
- Lipowski ZI. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. *Psychosom Med* 1967;29: 201-24.
- Lipowski ZI. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. III. Theoretical issues. *Psychosom Med* 1968; 30:395-422.
- Lipowski ZI. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:305-15.
- Summergrad P, Hackett TP. Alan Gregg and the rise of general hospital psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:439-45.
- Lipsitt DR. Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63:896-909.
- Romano J. Basic contributions to medicine by research in psychiatry. *JAMA* 1961;178:1147-50.
- Engel GL. Selection of clinical material in psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 1954;16:368-77.
- Erazo R. ¿Es psicossomático lo mío, doctor? *Rev Med Clin Condes* 2012; 23(5) 601-605.
- Barrett AM. The broadened interests of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1922;2:1-13.
- Billings EG. Liaison psychiatry and intern instruction. *J Assoc Am Med Coll* 1939;14:375-85.
- Billings EG. The psychiatric liaison department of the University of Colorado Medical School and Hospitals. *Am J Psychiatry* 1966;122(Suppl):28-33.
- Larach V, Erazo R. Psiquiatría de Enlace e Interconsulta en el Hospital General. En *Psiquiatría Clínica*. Editor: Andrés Heerlein. SONEPSyN. Santiago de Chile, 2000.
- Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos siquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile *Rev med Chile* 2001; 129, 11 doi:10.4067/S0034-98872001001100007.
- Tapia P, Micheli C, Koppman A. Morbilidad Psiquiátrica en un Hospital General. *Rev Psiquiatr Clin* 1994; 31:99-107.
- Haring C, Ruiz-Tagle A, Florenzano R, Fasani R, Salas P, Matta F. Psiquiatría de enlace e interconsulta psiquiátrica en un hospital general: 25 años después. *Rev psiquiatr clín* 2006; 43(1): 14-21.
- Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, López S, Aylwin W, Quinteros M, et al. Frecuencia, Características y Manejo de los Pacientes con Desórdenes Emocionales atendidos en el Nivel Primario. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1993; 31: 151-7.
- Silva H, Ruíz A. Aspectos Clínicos de la Depresión en Pacientes de Medicina General. *Rev Méd Chile* 1992; 120: 158-62.
- Pemjean A, Florenzano R, Manzi J, Orpinas P, Urbina I, Domínguez A, et al. Prevalencia del Beber Problema en 3 Servicios de Medicina Interna de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 1987; 115: 371-6.
- Eva P, Jerez S, Varas Y. Revisión de Interconsultas Psiquiátricas. *Rev Psiquiat Clin* 1984; XXI: 39-46.
- Florenzano R. Interconsultas Psiquiátricas en un Hospital General. *Rev Méd Chile* 1981; 109: 661-7.
- Koppmann A. Psiquiatría de enlace y cirugía. *Rev Chilena Cirugía*. 2004; 56, 6.
- Krauskopf V, Rojas O, Umaña JA, Erazo R. Intervención psiquiátrica en programa de trasplantes. *Rev Med Clin Condes* 2010;21:286-92 -DOI: 10.1016/S0716-8640(10)70536-8.
- Hernández G, López L. Psiquiatría y Medicina en el Hospital General. Estudio de la Interconsulta Psiquiátrica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1985; 23: 197-204.
- Calderón J, González M. *Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática*. Mediterráneo. Santiago de Chile, 2015.

PSICOFARMACOLOGÍA Y PATOLOGÍA MÉDICA

PSYCHOPHARMACOLOGY AND MEDICAL PATHOLOGY

DR. HERNÁN SILVA (1)

(1) Profesor Titular Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Email: hsilva@med.uchile.cl

RESUMEN

Existe una elevada comorbilidad entre enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos. El empleo de fármacos en estos pacientes requiere una cuidadosa consideración de la enfermedad médica, sus efectos sobre la farmacocinética, las interacciones medicamentosas y las contraindicaciones de los fármacos. En este trabajo se revisan aspectos de la farmacocinética y farmacodinámica en pacientes con enfermedad médica. Se analiza el empleo de psicofármacos en pacientes con patología hepática, cardíaca y renal; y se discute qué medicamentos son más seguros en estas indicaciones.

Palabras clave: Psicofármacos, enfermedad médica, comorbilidad médica y psiquiátrica.

SUMMARY

There is a high comorbidity between medical diseases and psychiatric disorders. The use of drugs in these patients requires careful consideration of the medical illness, its effects on pharmacokinetics, drug interactions and drug contraindications. In this paper we review aspects of pharmacokinetics and pharmacodynamics in patients with medical illness. The use of psychoactive drugs in patients with hepatic, cardiac and renal disease is analyzed and it is discussed which drugs are safer in these indications.

Key words: Psychoactive drugs, medical illness, medical and psychiatric comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre las patologías médicas y los trastornos psiquiátricos es elevada. Se estima que alrededor del 30% de los pacientes ambulatorios y entre el 40 y 50% de los pacientes

hospitalizados con patologías médicas, tiene además un trastorno psiquiátrico (1). Los más frecuentes son los trastornos depresivos y ansiosos.

Por otra parte, una elevada proporción de pacientes psiquiátricos presenta comorbilidades médicas, tales como patologías cardiovasculares, metabólicas, renales o hepáticas. Los pacientes con comorbilidad médica y psiquiátrica, en general tienen más dificultades en su recuperación, hacen un mayor uso de los recursos de salud y tienen mayores costos en su tratamiento.

Debido a la elevada superposición entre patologías psiquiátricas y médicas, los clínicos que tratan a estos pacientes deben estar actualizados respecto a las especificidades de la psicofarmacología en esta área. El uso apropiado de psicofármacos en estos pacientes requiere una cuidadosa consideración de la enfermedad médica, de las potenciales alteraciones de la farmacocinética, de las interacciones farmacológicas y de las contraindicaciones de los fármacos.

En este trabajo se revisarán aspectos de la farmacocinética y farmacodinámica en pacientes con enfermedades médicas y las recomendaciones acerca del empleo de psicofármacos en algunas patologías específicas.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA

La farmacocinética describe lo que el organismo le hace al fármaco: la magnitud y extensión de su absorción, distribución, metabolismo y eliminación (2). Este proceso determina la disponibilidad y la concentración del fármaco en el sitio de acción.

Por su parte, la farmacodinámica describe los efectos que tiene el fármaco sobre el organismo, determinando la relación entre su concentración en el sitio de acción y la respuesta terapéutica, así como sus efectos adversos.

Existe una gran variabilidad en la respuesta a fármacos en los pacientes. Esta se debe a diferencias individuales de tipo constitucional, además de la presencia de patologías y de compromiso orgánico, del consumo de otros medicamentos y de alimentos, entre otros factores. El conocimiento acerca del impacto que pueden tener estos factores en la farmacocinética permite una apropiada selección del fármaco y de su dosificación, en una situación que se ve dificultada por la polifarmacia y por la enfermedad médica.

La biodisponibilidad de una formulación farmacológica describe la magnitud y extensión de su liberación a la circulación sistémica. Mientras la administración intravenosa o intra-arterial libera el 100% del fármaco a la circulación sistémica, la administración por otras vías se traduce en una biodisponibilidad menor. Es así como la biodisponibilidad alcanzada por la administración oral es influida por factores tales como el área de superficie, el pH, la integridad de la mucosa y el flujo sanguíneo. Por ejemplo, la disolución gástrica e intestinal puede ser incompleta en casos de *bypass* gástrico. Algunos fármacos, como la ziprasidona, requieren consumirse con alimentos para aumentar su absorción.

La distribución de los fármacos en el organismo es modificada por factores como el pH sérico, el flujo sanguíneo, la unión a proteínas, la solubilidad en lípidos y el grado de ionización. La mayoría de los psicofármacos se une a proteínas: albúmina o glicoproteínas. Diversas enfermedades médicas pueden afectar las concentraciones de las proteínas séricas.

La mayoría de los psicofármacos es metabolizada por el hígado y excretada por el riñón. Alteraciones hepáticas o renales pueden afectar de manera importante la metabolización y la excreción de los psicofármacos.

La polifarmacia es habitual en pacientes con patologías médicas, lo que puede alterar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los fármacos.

Algunos elementos clave a considerar en la prescripción de fármacos a pacientes con comorbilidad médica y psiquiátrica son (2):

Mantener los niveles de los fármacos dentro de los rangos terapéuticos maximiza los efectos benéficos y minimiza los efectos adversos. Tener en cuenta la farmacocinética del medicamento en la dosificación para alcanzar el rango terapéutico.

Ante la polifarmacia es mejor minimizar el empleo de medicamentos que inhiben o inducen de manera significativa las enzimas del citocromo P450 y preferir aquéllos que son eliminados por múltiples vías y con un margen amplio de seguridad.

Fármacos de uso habitual, así como yerbas, medicinas complementarias y algunos alimentos pueden afectar la farmacocinética del medicamento a prescribir.

Para la administración de un fármaco de efecto agudo, la magnitud del efecto terapéutico está en función del nivel máximo alcanzado, el que está determinado por la dosis y la velocidad de absorción.

Para la administración de un fármaco de efecto crónico, el efecto terapéutico está en función de la extensión de la absorción y no de la velocidad. La absorción rápida puede causar efectos adversos transitorios, dependientes de las dosis. La monitorización del nivel del fármaco debe emplear métodos para determinar su estado libre (no unido a proteínas).

EMPLEO DE PSICOFÁRMACOS EN ENFERMEDAD HEPÁTICA

Los pacientes con insuficiencia hepática suelen presentar una capacidad reducida para metabolizar algunas sustancias circulantes, como los fármacos, los que pueden acumularse y alcanzar elevadas concentraciones. Asimismo pueden presentar una capacidad reducida para sintetizar proteínas plasmáticas y factores de coagulación, lo que se traduce en hipoalbuminemia, disminución de la coagulación y aumento de la toxicidad de los fármacos que se unen a proteínas (3).

Los siguientes son algunos principios generales para la administración de fármacos en las enfermedades hepáticas (4):

1. Prescribir el menor número posible de fármacos.
2. Iniciar el tratamiento con dosis muy bajas, especialmente en el caso de fármacos con alta unión a proteínas o que presentan un metabolismo de primer paso importante.
3. Tener especial cuidado y emplear dosis reducidas de fármacos que se metabolizan extensamente por el hígado. Incluye la mayoría de los psicofármacos, con la excepción del litio (que no se metaboliza por el hígado), y de sulpiride, amisulpride y gabapentina (que tienen metabolización hepática mínima).
4. Por el aumento de la vida media de los fármacos, los incrementos de las dosis deben ser más graduales.
5. Monitorizar los efectos secundarios que pueden ser más tardíos.
6. Evitar el empleo de fármacos muy sedativos, por el peligro de precipitar una encefalopatía hepática.
7. Evitar el empleo de fármacos que provoquen constipación para prevenir episodios de encefalopatía hepática.
8. Evitar fármacos hepatotóxicos (como la clorpromazina o los IMAOs).
9. Emplear fármacos de bajo riesgo y monitorizar regularmente la función hepática.

Los antidepresivos tricíclicos son metabolizados por el hígado, se ligan extensamente a proteínas y tienen un gran efecto de primer paso, por lo que en general debe evitarse su empleo en pacientes con enfermedad hepática (4). Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) también son metabolizados por el hígado. La fluoxetina, por su larga vida media, es un fármaco de difícil manejo en pacientes con insuficiencia hepática. Además, por la inhibición del citocromo P450-3-A4 puede aumentar los niveles de los inmunosupresores hasta valores tóxicos, limitando así su uso en pacientes con trasplante hepático (5). La paroxetina, por su corta vida media parece ser un compuesto más seguro, aunque se han reportado raros casos de hepatitis inducida por este fármaco (6). La sertralina y el escitalopram pueden emplearse en dosis bajas. Entre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRSN), la desvenlafaxina es metabolizada fundamentalmente por conjugación y sería más segura; en cambio no sería recomendable el uso de duloxetina por su reducido metabolismo y eliminación (7).

Entre los antipsicóticos el haloperidol sería el más seguro, en cambio debieran evitarse las fenotiazinas (3). Entre los antipsicóticos de segunda generación los más seguros son el sulpiride y el amisulpride, por su menor metabolización hepática. En cambio hay que tener precaución con el empleo de risperidona y olanzapina. La quetiapina puede emplearse en dosis bajas, al igual que el aripiprazole (8).

Entre los estabilizadores del ánimo, el litio se puede emplear con un riguroso control de los niveles plasmáticos. Se desaconseja el empleo de ácido valproico y de carbamazepina (9). En cambio, la gabapentina parece ser una opción más segura. Los ansiolíticos como las benzodiacepinas deben emplearse con precaución y en dosis bajas (4). El fármaco de elección sería el lorazepam, cuyo metabolismo se mantiene casi inalterado.

EMPLEO DE PSICOFÁRMACOS EN ENFERMEDADES CARDÍACAS

El tratamiento con psicofármacos en pacientes con patología cardíaca debe ser particularmente cuidadoso. Hay que considerar los efectos potenciales de los fármacos, en especial en las alteraciones de la conducción aurículo-ventricular. Asimismo se debe evaluar el riesgo de hipotensión ortostática, en especial en pacientes con isquemia o insuficiencia cardíaca. También es necesario considerar el prolongamiento del intervalo QTc, el que puede llevar a *torsade de pointes* o fibrilación ventricular (10).

Algunos principios generales para la administración de psicofármacos en los pacientes con enfermedad cardíaca son los siguientes (3):

- Evitar la polifarmacia y en especial evitar fármacos asociados a alteraciones del ritmo cardíaco o del balance electrolítico.
- Monitorear el posible prolongamiento del intervalo QTc.
- Seleccionar los fármacos menos asociados a alteraciones cardíacas.
- Iniciar el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas lentamente.

Los antidepresivos tricíclicos han sido extensamente estudiados en esta indicación (11). Están contraindicados en pacientes que han tenido un infarto cardíaco. A menudo producen hipotensión ortostática. Tienen propiedades antiarrítmicas similares a otros fármacos como la quinidina; no obstante prolongan la conducción cardíaca y por ese mecanismo aumentan el riesgo de bloqueo cardíaco completo. Asimismo prolongan el intervalo QTc, lo que puede producir arritmias potencialmente fatales. Son de especial cuidado los pacientes con QTc prolongado, lo que puede ser una condición familiar que se agrava con algunos fármacos. Actualmente se considera que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los fármacos más seguros en pacientes con enfermedad cardíaca, en especial el escitalopram y la sertralina (12,13). Antidepresivos como el bupropion y la venlafaxina pueden producir hipertensión arterial (11). Cabe señalar que la *U.S. Food and Drug Administration* ha advertido sobre el riesgo de prolongación del QT y de arritmias cardíacas por el empleo de citalopram en dosis sobre 40 mgs. Asimismo advierte que en los mayores de 60 años, la dosis máxima no debe sobrepasar los 20 mgs. diarios. Por su parte la *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* en el Reino Unido ha hecho una recomendación similar respecto al escitalopram, señalando que no se deben emplear más de 10 mgs. diarios en las personas mayores.

Los antipsicóticos pueden prolongar el QTc, siendo de mayor riesgo la tioridazina, la ziprasidona y la pimozida (14). En general, el problema se produce cuando se suman factores de riesgo como hipokalemia, hipomagnesemia, consumo crónico de alcohol, anorexia nerviosa, etcétera. En ausencia de tales factores el riesgo de los antipsicóticos es bajo (15). Por su parte la clozapina y la olanzapina tienen el riesgo de producir importante aumento de peso. Aunque el haloperidol puede prolongar el intervalo QTc, la magnitud de este efecto es menor que con otros antipsicóticos, por lo que suele emplearse con más frecuencia (3).

Los estabilizadores del ánimo tales como el valproato, la carbamazepina y lamotrigina no se asocian a efectos adversos cardiovasculares (11). En cambio el empleo del litio se ve dificultado por el empleo de anti-diuréticos y por la restricción en el consumo de sal, lo que aumenta el riesgo de toxicidad. Las benzodiacepinas y la buspirona están libres de efectos

cardiovasculares, por lo que se pueden emplear con seguridad en estos pacientes (11).

EMPLEO DE PSICOFÁRMACOS EN ENFERMEDAD RENAL

Cuando se prescriben psicofármacos se deben tener en cuenta dos consideraciones: el efecto de los fármacos sobre el funcionamiento renal y el efecto de una función renal disminuida sobre la farmacocinética de dichos fármacos.

Algunos principios generales para la administración de fármacos en las enfermedades renales son los siguientes (16): Asumir que los pacientes mayores tienen una insuficiencia renal leve, aunque pueden tener niveles de creatinina normales debido a la disminución de su masa muscular.

En pacientes con compromiso renal, iniciar el tratamiento con una dosis baja y aumentarla lentamente, debido a una prolongación de la vida media y a un mayor tiempo para alcanzar el estado de equilibrio del fármaco.

Evitar el empleo de fármacos de larga acción (como los preparados de depósito) ya que las dosis y la frecuencia de administración son difíciles de ajustar en casos de insuficiencia renal. Prescribir la menor cantidad posible de fármacos, con el fin de evitar las interacciones y los efectos adversos.

Monitorizar la aparición de efectos adversos, la que puede ser tardía en pacientes con insuficiencia renal. Los efectos adversos más comunes son la sedación, la confusión y la hipotensión postural.

Tener precaución con los fármacos que tienen efecto anticolinérgico ya que pueden producir retención urinaria. Existen insuficientes estudios sistematizados acerca de los efectos tóxicos renales de los psicofármacos. Con la excepción del litio, el sulpiride y el amisulpride, que son extensamente eliminados por vía renal, la mayoría de los psicotrónicos pueden ser empleados en pacientes con patología renal, con los necesarios ajustes de las dosis.

No hay antidepresivos específicamente recomendados en pacientes con insuficiencia renal. Se debe tener precaución con los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina y la amitriptilina, por el riesgo de sus efectos anticolinérgicos y porque pueden producir confusión, sedación, hipotensión postural y retención urinaria. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en dosis bajas parecen ser una alternativa más segura (17, 18).

Una complicación, felizmente infrecuente, del uso de los antipsicóticos es la aparición del síndrome neuroléptico

maligno (3). Suele presentarse al inicio del tratamiento, pero puede aparecer en cualquier momento del mismo. Se caracteriza por rigidez muscular, hipertermia, alteraciones autonómicas (hipo o hipertensión, taquicardia, sudoración, palidez), alteración de conciencia, rhabdomiólisis e insuficiencia renal aguda.

Tal como se ha señalado anteriormente, se desaconseja el empleo de sulpiride y de amisulpride. Otros antipsicóticos se pueden emplear en dosis bajas, tratando de evitar los efectos anticolinérgicos, sedativos e hipotensivos de algunos de ellos (19).

Respecto a los estabilizadores del ánimo se desaconseja el empleo del litio, que es el estabilizador más clásico. Como efecto adverso puede provocar poliuria secundaria a deficiente capacidad de concentrar la orina, la que puede ser crónica. La aparición de diabetes insípida, por ausencia de respuesta a la hormona antidiurética, puede presentarse hasta en el 10% de quienes reciben litio en el largo plazo. Raramente el empleo de litio se asocia a nefritis intersticial con insuficiencia renal. Aunque en la mayoría de los pacientes los efectos renales del litio son benignos, por su potencial nefrotóxico está contraindicado en casos de insuficiencia renal grave. Alternativamente se pueden emplear el valproato, la carbamazepina y la lamotrigina, partiendo con dosis bajas y con una cuidadosa monitorización (20).

No hay ansiolíticos o hipnóticos específicamente recomendados en la insuficiencia renal, pero de acuerdo a los estudios publicados serían buenas opciones el lorazepam y la zopiclona (19).

CONCLUSIONES

Existe una elevada coexistencia de enfermedades médicas con trastornos psiquiátricos, lo que representa un desafío desde el punto de vista del tratamiento farmacológico de estos pacientes. La comorbilidad sería de alrededor de un 20% en el área de la cardiología, de un 25% en el de la nefrología y de un 30% en patologías hepáticas (3). Se estima que en promedio, uno de cada cuatro pacientes con estas patologías médicas sufre de cuadros ansiosos, trastornos del ánimo, abuso de sustancias o cuadros psicóticos.

El médico debe ser especialmente cuidadoso al tratar a estos pacientes y mantenerse actualizado respecto al empleo de los fármacos en las diferentes condiciones médicas. Las indicaciones y contraindicaciones de los psicofármacos varían según las patologías médicas. En la Tabla 1 se resumen los psicofármacos más recomendables en patologías hepáticas, cardíacas y renales (ver Tabla 1).

TABLA 1. Psicofármacos con menor perfil de riesgo según patología médica

PSICOFÁRMACOS	TIPOS DE PATOLOGÍA MÉDICA		
	Hepática	Cardíaca	Renal
Antidepresivos	ISRS (paroxetina, sertralina, escitalopram) ISRSN (desvenlafaxina)	ISRS (escitalopram, sertralina)	ISRS
Antipsicóticos	Haloperidol, sulpiride, amisulpride	Haloperidol	Haloperidol, olanzapina
Estabilizadores del ánimo	Litio	Valproato, carbamazepina, lamotrigina	Valproato, carbamazepina, lamotrigina
Ansiolíticos e hipnóticos	Lorazepam	Benzodiazepinas, zolpidem, buspirona	Lorazepam, zopiclona

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ruiz A. Psicofarmacología en condiciones médicas especiales. En Silva H (editor). *Manual de Psicofarmacología Clínica*, 2ª Edición. Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 2016. Págs. 181-188.
- Owen J, Crouse E. Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and principles of Drug-Drug Interactions. En Levenson JL, Ferrando SJ (editores). *Clinical Manual of Psychopharmacology in the medically ill*. Second Edition. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017. Págs. 3-44.
- Telles-Correia D, Guerreiro DF, Coentre R, Zuzarte P, Figueira L. Psychopharmacology in medical illness: cardiology, nephrology, hepatology. *Acta Med Port*. 2009 Nov-Dec;22(6):797-808.
- Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 12th Edition. Chichester, Wiley-Blackwell, 2015.
- Trzepacz PT, Brenner R, Van Thiel DH. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates. *Psychosomatics*. 1989 Spring;30(2):147-53.
- Hale AS. New antidepressants: use in high-risk patients. *J Clin Psychiatry*. 1993 Aug;54 Suppl:61-70.
- Crone C, Marcangelo M, Lackamp J, DiMartini A, Owen JA. Gastrointestinal Disorders. En Levenson JL, Ferrando SJ (editores). *Clinical Manual of Psychopharmacology in the medically ill*. Second Edition. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017. Págs. 129-193.
- Thyrum PT, Wong YW, Yeh C. Single-dose pharmacokinetics of quetiapine in subjects with renal or hepatic impairment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2000 May;24(4):521-33.
- Caparros-Lefebvre D, Lecomte-Houcke M, Pruvot FR, Declerck N, Paris JC, Petit H. Unusual electronmicroscopic changes in valproate-associated liver failure. *Lancet*. 1993 Jun 19;341(8860):1604.
- Potočnjak I, Degoricija V, Vukičević Baudoin D, Čulig J, Jakovljević M. Cardiovascular side effects of psychopharmacologic therapy. *Int J Cardiol*. 2016 Sep 15;219:367-72.
- Shapiro PA. Cardiovascular disorders. En Levenson JL, Ferrando SJ (editores). *Clinical Manual of Psychopharmacology in the medically ill*. Second Edition. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017. Págs. 233-270.
- Jiang W, Davidson JR. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J*. 2005 Nov;150(5):871-81
- Wang JT, Hoffman B, Blumenthal JA. Management of depression in patients with coronary heart disease: association, mechanisms, and treatment implications for depressed cardiac patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Jan;12(1):85-98
- Stöllberger C1, Huber JO, Finsterer J. Antipsychotic drugs and QT prolongation. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005 Sep;20(5):243-51.
- Hasnain M, Vieweg WV. QTc interval prolongation and torsade de pointes associated with second-generation antipsychotics and antidepressants: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2014 Oct;28(10):887-920.
- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics*. 2002 Jan-Feb;43(1):49-54.
- Friedli K, Almond M, Day C, Chilcot J, Ganev M, Davenport A et al. A study of sertraline in dialysis (ASSertID): a protocol for a pilot randomised controlled trial of drug treatment for depression in patients undergoing haemodialysis. *BMC Nephrol*. 2015 Oct 26;16:172.
- Jain N, Trivedi MH, Rush AJ, Carmody T, Kurian B, Toto RD, et al. Rationale and design of the Chronic Kidney Disease Antidepressant Sertraline Trial (CAST). *Contemp Clin Trials*. 2013 Jan;34(1):136-44.
- Levenson J, Owen J. Renal and urological disorders. En Levenson JL, Ferrando SJ (editores). *Clinical Manual of Psychopharmacology in the medically ill*. Second Edition. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017. Págs. 195-231.
- Jacobson S. Psychopharmacology: prescribing for patients with hepatic or renal dysfunction. *Psychiatr Times* 2002; 19:65-70.

INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

CRISIS INTERVENTION FOR HOSPITALIZED PATIENTS

PS. PAULA ZALAUQUETT (1), DR. EMILIO MUÑOZ (2)

(1) Psicóloga Clínica, Psicoanalista. Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: pzalaquett@clc.cl, emunozg@clc.cl

RESUMEN

El artículo presenta el modelo de intervención en crisis, como un método útil para la asistencia psicológica en pacientes hospitalizados. Se enfatiza en los aspectos psicodinámicos más relevantes de esta práctica y en los objetivos que persigue, sobre todo en cuanto a colaborar a la mejor recuperación y alivio de síntomas somáticos y emocionales de pacientes hospitalizados por diversas dolencias, en el hospital general.

Palabras clave: Intervención en crisis, mecanismos de defensa, interpretación psicodinámica, ambiente facilitador.

SUMMARY

In this manuscript we present the crisis intervention model as a usefull method for the psychological support of hospitalized patients. We emphasise on the most relevant psychodynamic aspects of this technic and in the goals it persuits, mainly in collaborating to the better recovery of somatic and emotional symptoms of general hospital patients, hospitalized due to diverse causes.

Key words: Crisis intervention, defense mechanism, psychodynamic interpretation, facilitating enviroment.

ASPECTOS TEÓRICOS GENERALES

La intervención en crisis es un método psicoterapéutico que se caracteriza por una atención pronta y de pocas sesiones, focalizando la atención hacia una sintomatología aguda, que surge de la dificultad del paciente para utilizar mecanismos de defensa adaptativos y así hacer frente a una situación que se experimenta como una amenaza al equilibrio del yo. El objetivo es reestablecer el equilibrio existente previo a la crisis, es decir que la sintomatología al menos disminuya. Una intervención oportuna en momentos de crisis aguda puede prevenir su cronicidad, de acuerdo a Bellak y Small (1). Estos autores sugieren que la meta más importante es evitar un funcionamiento regresivo (un regreso a formas más infantiles de adaptación), de tal modo que se deben reforzar las funciones del yo más autónomas e intactas.

Según estos autores, las situaciones más críticas en la vida pueden agruparse bajo 3 categorías:

1. Las situaciones que involucran violencia y originan temor por la propia vida, salud y sentido de sí mismo, pérdida de autoestima, pérdida de amor o de los seres amados: un accidente serio, un asalto, violación, enfermedad grave o incidente que amenace la vida, el efecto de las drogas, entre otros. Todos estos eventos pueden originar el temor a perder el sentido de la identidad, temor que frecuentemente puede acompañarse de sentimientos de despersonalización y miedo a una desorganización del yo.

2. Las crisis que provocan la pérdida de la autoestima, experiencia de rechazo y separación son: la pérdida del empleo, divorcio, relación amorosa desdichada, un revés financiero, la vejez entre otras.

3. Los problemas médicos y quirúrgicos, que llevan el temor a la muerte, la invalidez y a la desfiguración. La hospitalización, por ende, también podría involucrar una crisis de la autoestima: “repentinamente se es una unidad que va a ser trasladada, volteada, inyectada, expuesta y a veces tratada insensiblemente como para suscitar una intensa ansiedad, gran enojo o depresión” (1).

Respecto de pacientes hospitalizados, la experiencia crítica puede involucrar circunstancias diversas y de diferente complejidad: Están aquellos que pueden padecer enfermedades que implican hospitalizaciones prolongadas, con un riesgo moderado para su vida; aquellos que padecen enfermedades que implican gran amenaza a la vida; los que han sufrido accidentes graves traumáticos, aquellos que son amputados o trasplantados. Las crisis se expresan de acuerdo al impacto emocional que una experiencia implica y puede estar condicionada de modo proporcionalmente distinto, para cada persona. Tomando en cuenta por un lado, el impacto del evento estresor y por otro lado, la tensión interna que puede ser manejada o no por los mecanismos de defensa habituales que una persona ha utilizado durante su vida. Para comprender la reacción emocional desencadenada, a la vez es necesario contextualizarla de acuerdo a la biografía de cada persona. Esta contextualización le brinda al paciente la búsqueda de un sentido a lo que está sucediendo, que frecuentemente se relaciona con un significado ligado a la historia de vida. Esta interpretación, que puede ser consciente o inconsciente, marcará el sello personal con el cual los procedimientos, la enfermedad, accidente o intervención serán significativos emocionalmente. De este significado podrá, por ejemplo, nacer una actitud de esperanza, desesperanza, miedo, coraje, un exceso de vulnerabilidad que movilice muchas veces a la ansiedad, en otras ocasiones a la culpa, rabia u otras reacciones.

Las situaciones de crisis pueden desencadenar desde un impacto emocional moderado hasta configurarse en algunas ocasiones, como eventos traumáticos cuando sobrepasan las capacidades del individuo para contener emocionalmente la experiencia. Involucran un aumento en la vivencia de vulnerabilidad y pueden movilizar necesidades de dependencia mayores a las existentes previo a la crisis. Estamos considerando a personas que están pasando por situaciones anormales asociadas a la ruptura de la continuidad de la vida cotidiana y el sentimiento de seguridad que implica. Las intervenciones psicoterapéuticas en situaciones de crisis

pueden potenciar la movilización de modos de enfrentamiento nuevos que impliquen un crecimiento de la persona y el desarrollo de un equilibrio, incluso en ocasiones, mejor del precedente.

Los procedimientos médicos normales imponen al paciente una posición pasiva en tanto debe aceptar someterse a experiencias como ser inyectado, manipulado, lavado u otras más invasivas aún. La vivencia de autonomía y del cuerpo propio pueden verse comprometidos, si se conjuga con experiencias previas que pueden tomar significados emocionales diversos. Entonces, ¿Cuánta vulnerabilidad y dependencia se movilizará? Depende por un lado, de factores internos, es decir relacionados con la personalidad y biografía y por otro de factores externos asociados a la naturaleza de la causa de hospitalización y su gravedad.

El sentido de sí mismo, yo, o sentido de identidad se construye durante la vida y posee un aspecto más consciente y otro más inconsciente ligado, entre otros, a los mecanismos de defensa que se utilizan. Además, el Yo, como Freud lo plantea, es en el inicio un Yo corporal (2). Esto es de gran importancia, puesto que las situaciones de crisis en pacientes hospitalizados están referidas a situaciones que en menor o mayor medida pueden comprometer el funcionamiento corporal, y por ende pueden potencialmente también, comprometer el sentido de identidad de una persona. Ejemplo de ello es una amputación, un trasplante, la invalidez u otro.

Las cirugías frecuentemente involucran sentimientos de desamparo: anestesia, “meter cuchillo”, invasión del cuerpo; temor hacia el cirujano o a la mutilación. Las variables que están involucradas son diversas y de importancia también distinta para cada persona, entre ellas qué órgano está afectado y cuánto sentido de identidad se ve comprometido con él. En el caso de enfermedad, se deberá comprender el significado simbólico con que cada paciente la connota y su relación con ella. Con frecuencia el órgano enfermo se puede experimentar como algo diferente del sí mismo con el cuál se podrá establecer una relación maternal, de rechazo u otra. Es relevante también tomar en cuenta la identificación con personas conocidas que padecieron la enfermedad como factor a evaluar en el significado emocional que toma la experiencia.

Las reacciones se pueden evaluar como adaptativas o no, tomando como referencia la proporcionalidad entre reacción y evento, así como la duración de la reacción.

Por ejemplo, si se moviliza demasiada angustia y vivencias depresivas que se mantienen en el tiempo más allá de la situación crítica o existe una ausencia de reacción sostenida en el

tiempo. Están también las reacciones hipocondríacas como respuesta a un compromiso mayor de la imagen corporal, las reacciones de dependencia emocional muy intensas o el compromiso de la autoestima. Todos son efectos que deben tenerse en cuenta para evaluar el impacto de la situación crítica. Por último, se debe evaluar si existe alguna ganancia secundaria. En ocasiones la enfermedad trae una ventaja, consciente o inconsciente, que de existir podría retardar la recuperación de un paciente.

LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Como lo plantean Bellak y Small (1), de modo general la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen ciertas experiencias sobre las personas. Señalan que la intervención en crisis o psicoterapia de emergencia, a pesar de ser una psicoterapia de menor frecuencia de sesiones, no es una psicoterapia simple de llevar a cabo, puesto que demanda del terapeuta el escoger el tipo de intervenciones y construir hipótesis en menor tiempo del que se requiere para una psicoterapia a largo plazo. En un promedio de 5 sesiones aproximadamente, señalan: "El terapeuta debe estar atento a las comunicaciones significativas, determinar los comunes denominadores, llenar huecos de partes omitidas y decidir la intervención más fructífera que tiene que cotejar sobre el avalúo de fuerzas, las circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente... "El terapeuta no tiene tiempo para esperar que se desarrolle el *insight* ("iluminación" consciente de un "algo" previamente inconsciente) tiene un rol activo en ayudar al paciente a crearlo, no tiene tiempo para estimular la elaboración, debe fomentarla. Es una especialidad para el profesional experimentado porque requiere del empleo total e inmediato de sus capacidades.

Habiendo establecido un diagnóstico acerca de los factores que le impiden a un paciente una mejor adaptación a la situación de crisis, una de las técnicas fundamentales que se emplean en la intervención en crisis es la interpretación, entendiéndola como la sugerencia de relaciones y asociaciones entre las experiencias de vida y sus significados emocionales ligados a la situación crítica. Esta sugerencia, teniendo en cuenta el escaso conocimiento que se tiene del paciente, debe ser entregada como una proposición a ser analizada en el diálogo con el paciente y no como una certeza. Su aproximación a la realidad emocional del paciente será determinada por las respuestas del paciente a ella o las asociaciones que le permita desarrollar. Esta interpretación siempre se entregará en el marco de una conversación empática que pone énfasis en la contención emocional. La transferencia positiva con el terapeuta se acepta como un modo de crear alianza terapéutica y la negativa se interpreta sólo cuando compromete el trabajo terapéutico.

Los procedimientos básicos de acuerdo a Bellak y Small (1), se centran en la disposición de comunicación del paciente de su historia de vida anterior y actual; en las interpretaciones realizadas por el psicoterapeuta del significado posible de la sintomatología partiendo de lo más consciente para ir profundizando gradualmente en la medida posible; en el *insight* y en la elaboración del paciente quien aplica el recién adquirido *insight* a otras situaciones para las cuales son válidos los mismos patrones. La intervención en crisis permite a los pacientes recuperar la función reflexiva y la posibilidad de atravesar la situación de crisis con un sentido de mayor "agencia" (acción), en contraposición al sólo "padecimiento" de la situación.

Es de relevancia que en la primera entrevista se estimule el relato del paciente para conocer algunos aspectos centrales: descripción de la sintomatología, cuando comenzó, situación de vida en que se encuentra el paciente; si existe una historia previa acerca de la sintomatología, hipótesis acerca de la dinámica y estructura de los problemas del paciente, evaluación de funciones yoicas y los modos de adaptación. Mientras mejor se comprenda la situación de crisis y su sintomatología, relacionando experiencias anteriores y los sucesos críticos actuales, la preparación para escoger el tipo de intervención resultará más efectiva.

Respecto de la valoración de los mecanismos de defensa, si son o no adaptativos, Beresford (3) señala la importancia de evaluar el modo en que el paciente identifica la situación de estrés o crisis y el tipo de ansiedad que moviliza guiándose por los siguientes aspectos a evaluar:

El paciente reconoce el estrés o no lo reconoce: permite evaluar en qué medida los mecanismos de defensa están actuando o interfiriendo sobre la percepción de la realidad.

El paciente considera la situación de crisis como una parte de su vida y su forma de enfrentarla le pertenece: asociado al sentido de agencia que un paciente puede vivenciar respecto de la experiencia crítica versus la mayor dependencia hacia factores externos a él. Tiene relación con evaluar el nivel de desamparo y vulnerabilidad e impotencia cuando la crisis es experimentada dependiendo sólo de elementos más externos.

Cuánta integración existe entre los afectos y los pensamientos, determinando el tipo de mecanismos de defensa utilizados.

Beresford (3), señala que existen estudios que evidencian una mayor sobrevivencia en personas con enfermedad que utilizan mecanismos de adaptación más maduros.

En cuánto a la evaluación diagnóstica, Según Griffith y Gaby (4) refieren que el sentimiento de desmoralización es una de

las razones frecuentes en la solicitud de atención psiquiátrica para los pacientes con alguna enfermedad médica. La definen como diversos grados de vulnerabilidad, desesperanza, confusión y vivencia subjetiva de incompetencia que las personas sienten cuando creen que están fallando a las expectativas propias o ajenas de cómo enfrentar las adversidades de la vida. Plantean que la experiencia de desmoralización y un cuadro depresivo pueden ser confundidas en tanto comparten sintomatologías como los trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas. Sin embargo, señalan que la diferencia es que en la desmoralización el estado de ánimo y la capacidad de experimentar alegría y esperanza, se restauran rápidamente si cesa la adversidad. Señalan que los cuadros de desmoralización no presentan una adecuada respuesta a los antidepresivos, puesto que es más bien contrarrestada ya sea por la disminución de estresores físicos y psicológicos o por el fortalecimiento de la capacidad de resiliencia al estrés. Esta capacidad mejora si el paciente comprende adecuadamente lo que le está sucediendo, si está acompañado y comunicado con personas que sienta confiables, si se fomenta un sentido de esperanza realista sostenida en deseos actuales y planes futuros, si existe sentido del humor, si existe un propósito y un sentido que el paciente otorgue a su vida y lo que le sucede.

Se enfatiza la importancia de validar el estrés del paciente como una persona normal respondiendo a circunstancias anormales, a través de un diálogo empático que le permita expresar y comprender las emociones más difíciles y su significado en relación a la narrativa que realiza de su vida.

En relación a la función del médico, es fundamental la información clara entregada en un diálogo tranquilo y con tiempo. El objetivo es estimular una sensación de control en el paciente a través del conocimiento, lo que le facilitará prepararse para lo que viene.

D. Anzieu (5), psicoanalista francés, señala que “la satisfacción es una experiencia, y el dolor es una prueba”. La vivencia de dolor la describe como capaz de provocar una perturbación tónica que puede anular las distinciones fundadoras y estructurantes entre el Yo físico y el Yo corporal. Agrega “el dolor no se comparte, ocupa todo y ya no existo como yo: existe el dolor”.

Para este autor, toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal y es así como desarrolla el concepto de Yo-piel : “lo mismo que la piel cumple una función de sostenimiento del esqueleto y los músculos, el Yo-piel cumple la función de sostener el psiquismo”. Toma el concepto de Holding desarrollado por D. Winnicott, para explicar que el Yo- piel es una parte de la madre que ha sido

interiorizada y que mantiene el cuerpo del bebé en un estado de unidad y solidez.

Lo ejemplifica de esta manera: “...es el sufrimiento físico del niño pequeño lo que, más general y exactamente, percibe la madre, aún si esta no está atenta o es negligente en la recopilación y desciframiento de los signos de las demás cualidades sensibles. No sólo la madre toma la iniciativa de los cuidados prácticos apropiados: acostar al bebé, llamar al médico, administrar calmantes, vendar las heridas, sino que toma en sus brazos al niño que grita, llora, pierde la respiración, ella le aprieta contra su cuerpo, le calienta, le acuna, le habla, le sonrío y le tranquiliza: abreviando, satisface sus necesidades de apego, protección, agarramiento: maximiza las funciones del Yo-piel que mantiene y contiene, para que el niño la re-introyecte (es decir la internalice como parte de sí mismo) suficientemente como un objeto soporte, para que re-establezca su Yo-piel, refuerce su función de para- excitación (defensa frente a la intensidad del estímulo) y posibilite la curación. En este sentido lo que es compartible no es el dolor, es la defensa contra él”.

Con este ejemplo, queremos introducir lo esencial de las intervenciones en crisis dentro de las funciones que un equipo de salud debe considerar para ayudar en la contención del dolor o sufrimiento de un paciente. Considerando la soledad de la experiencia de dolor o sufrimiento, no bastaría con los buenos cuidados físicos que se provean, sino a la vez la posibilidad de dar contención emocional frente a situaciones que pueden desbordar a los pacientes. Si tomamos en cuenta por ejemplo la relación entre el dolor físico y psíquico, como se substituyen o complementan, podemos ejemplificar la manera en que lo psicológico y lo físico interactúan en la experiencia de alivio. En ocasiones, como lo ejemplifica Anzieu en el caso de un paciente quemado, el dolor físico es atenuado a través de una conversación, una “envoltura en palabras” que permite restituir la vivencia de que el cuerpo no tiene una “piel física” que lo proteja del dolor.

De este modo, la intervención en crisis puede ser fundamental para restituir la función de soporte y contención cuando el paciente se siente inundado por vivencias y experiencias asociadas a su cuerpo que amenazan su propia capacidad de contención emocional. Explorar el significado de la experiencia y promover la posibilidad de que ésta pueda ser contenida a través de un ambiente emocional que facilite y promueva la estabilidad en la salud mental.

Este ambiente facilitador no siempre es tan simple de construir para el personal médico y de enfermería. Los equipos normalmente esperan que la complejidad del paciente sólo resulte de su estado médico, pudiendo esperar de ellos

una conducta adaptativa en el enfrentamiento de su situación crítica, sin que se tornen muy demandantes ni conflictivos. Están preparados para atender el sufrimiento físico del paciente y el psicológico muchas veces resulta un imprevisto que hace a los pacientes más difíciles. Sin estar muy conscientes de ello, entonces podrían actuar de manera fría o incluso rechazante, lo que complejiza la posibilidad de desarrollar un ambiente emocional que contribuya al desarrollo de mecanismos de adaptación adecuados en el paciente frente a la crisis. Esta circunstancia también podría contribuir sin intención a la descompensación emocional de los pacientes en tanto los cuidados psicológicos pueden desaparecer ante la priorización de los cuidados físicos.

La intervención en crisis también se puede implementar de manera preventiva, cuando se conoce que existirá en el futuro próximo un evento estresor con potencial traumático, como por ejemplo una amputación o un trasplante. Esto permitiría que el paciente pueda explorar, sintiéndose más acompañado, el significado emocional de la experiencia y estar mejor preparado para su impacto.

Ejemplos clínicos de intervención en crisis en pacientes hospitalizados:

Ejemplo 1.

Un paciente de 30 años, a causa de un accidente presenta peligro de que le amputen su mano. El equipo tratante solicita intervención del psiquiatra y éste del psicólogo para una intervención en crisis. El motivo de consulta específico se relaciona con que el paciente presenta una inquietud motora que dificulta garantizar el resultado de la operación, puesto que es necesaria la colaboración del paciente para controlar que sus movimientos no perjudiquen el cuidado de su mano posterior a la intervención. Las enfermeras señalan que es un paciente irritable y con mala disposición a la ayuda. En la entrevista el paciente es colaborador, analizamos que se encuentra muy angustiado porque su accidente y hospitalización lo enfrentan a tener que elaborar el duelo por su hijo, muerto hace unos años en un accidente. Este duelo ha sido inconscientemente postergado en la medida en que el paciente más que permitirse llorar su pérdida ha estado luchando porque los culpables del accidente de su hijo sean juzgados. Después de la segunda sesión de intervención queda claro que su inquietud motora responde a un mecanismo de defensa ligado a la descarga de la angustia y a la negación de la situación de impotencia frente a la muerte. La idea de “luchar” ha sintonizado con mecanismos de evitación del dolor y de “mantenerse menos vulnerable e impotente”. La hipótesis médica de que es necesaria una intervención psicológica queda reafirmada, puesto que este mecanismo de “lucha” le impide al paciente tomar contacto también con la posibilidad de pérdida de su mano si no controla su inquietud después de la delicada operación. Si

el paciente no logra tener conciencia del riesgo de pérdida no va a cuidarse adecuadamente porque el mecanismo de negación está bloqueando el contacto afectivo con los duelos. Hay que recordar la hipótesis psicodinámica que entiende que un duelo actual siempre implica la re- vivencia y re- elaboración de los duelos anteriores. Por otro lado, analizamos juntos que cuidarse a sí mismo implica también perdonarse por la culpa que siente de no haber podido proteger su hijo. En la medida que el paciente durante las intervenciones terapéuticas logra sentirse más contenido, conectarse con el dolor y expresar sus emociones, la inquietud va disminuyendo y va tomando más conciencia de cómo se ha postergado a sí mismo y su vida: el proceso de duelo había sido reemplazado por esta “lucha” que detenía la elaboración su muerte. Antes de entrar a su intervención quirúrgica pudo expresar el miedo de perder su mano y a la vez recordar a su hijo como alguien que siente que lo ayudó a sobrevivir en su accidente, es decir como una compañía que le permitió sobrevivir. Esto lo conecta con un sentimiento más amoroso y menos culposos que le permite enfrentar mejor el cuidado de sí mismo.

En este ejemplo clínico las intervenciones que se realizaron fueron 4 sesiones, el paciente al comienzo a pesar de ser colaborador estaba muy alerta a los comentarios que pudiera realizar en respuesta a su relato. Su actitud cambia cuando se logra sentir comprendido y no juzgado. La primera sesión su molestia se centró en que había perdido unos zapatos en el traslado a la clínica y sentía que las enfermeras no comprendían la relevancia de esta situación y lo instaban a mantenerse tranquilo, resignándose a la pérdida. La pérdida de esos zapatos y la desesperación de no ser comprendido, fueron claves afectivas o denominadores comunes para comprender el dolor de no querer aceptar la injusta muerte de su hijo y la situación injusta de su propio accidente. Así comenzó a expresarse emocionalmente y permitir que se desarrollara un espacio de contención emocional que le permitió mostrarse menos defensivo, menos vulnerable y aceptar mejor la ayuda de otros. La inquietud motora fue reemplazada por la pena, la conversación y la intención de cuidarse para prevenir la pérdida de su mano.

Ejemplo 2.

Un paciente se realiza una cirugía estética y se presenta una complicación que lo retiene más tiempo hospitalizado de lo previsto y con gran incertidumbre al no ver avances en su mejoría médica. Comienza a desarrollar vivencias depresivas y angustiosas. Se solicita intervención en crisis luego de la visita del psiquiatra. Es un joven de 24 años, que sufrió la muerte de su padre 8 años atrás. La relación con el padre al comienzo de las entrevistas aparece muy idealizada, sin embargo al transcurrir la conversación aparece un sentimiento importante de culpa por no haber seguido los deseos de éste en relación a su

orientación religiosa. Este sentimiento de culpa lo asocia con la complicación de su cirugía, que considera no era necesaria, sino un “lujo”. Cuando ligamos la vivencia angustiosa con su idea de que no va a obtener una mejoría en su estado médico como reflejo de un castigo por no cumplir los deseos del padre, el paciente comienza a presentar un alivio importante. Las intervenciones fueron 4 sesiones.

Ejemplo 3.

Esta es una paciente de 22 años, que sufre de una hiperémesis gravídica. Lleva unas semanas hospitalizada y se solicita intervención psicoterapéutica para evaluar si existen factores psicológicos que agraven el cuadro y no le permitan recuperarse.

La paciente vive con la madre, con quien la relación es descrita como invasiva, con dificultad para establecer límites entre lo que es propio y lo ajeno. La paciente refiere sentimientos de culpa cuando desea establecer límites en la relación con su madre, que asocia con el duelo prolongado de su madre por la muerte del padre años atrás. Estos sentimientos le impiden también la seguridad de establecer los límites necesarios para sentir que el bebé por nacer será su bebe y no el de su madre. La tensión emocional que implica esta situación hace sentir a la paciente más cómoda en la hospitalización, pues siente mejor cuidada. En el análisis se destaca el rol parentalizado que mantiene con su madre, viviendo con ella no se siente capaz de atender a sus propias necesidades, sino a las de ésta. Durante las intervenciones, en total 3 sesiones, en

la medida en que la paciente se siente contenida, con validación de su necesidad de hacer sentir que este es su bebé, logra expresar verbalmente su rabia y analizamos en conjunto algunas estrategias comunicativas que le permitan establecer límites necesarios en la relación con su madre después de que salga de la hospitalización. La paciente se alivia con la sensación de encontrarse más preparada y disminuye la culpa de no atender las necesidades de la madre. Se realizaron 3 sesiones de intervención.

EN SÍNTESIS

La intervención en crisis es un método de tratamiento psicoterapéutico acotado a un número limitado de sesiones, focalizado en un grupo de síntomas y con un método particular, que lo distingue de otras formas de psicoterapia. No siempre será suficiente una intervención en crisis para potenciar un cambio más estable en las personas y frecuentemente puede ser recomendable posteriormente una psicoterapia de más largo aliento. Como se ha planteado, el objetivo fundamental de la intervención en crisis es la sintomatología aguda, sin embargo, la movilización del paciente hacia la comprensión de sí mismo puede crear cambios más duraderos o abrir el camino para un tratamiento psicoterapéutico de mayor profundidad.

Nos parece que esta técnica resulta adecuada para el abordaje de la situación general y la colaboración hacia el equipo de salud que atiende pacientes de todo tipo, en el contexto del hospital general.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.
Para los ejemplos clínicos se utilizaron estrategias de anonimización

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bellak L, Small L, *Psicoterapia breve y de emergencia*, Editorial pax, México, 1980.
2. Freud S, *El yo y el Ello, Obras completas, (1423) Tomo XIX*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1993.
3. Beresford Th, *Clinical Assessment of psychological adaptive mechanisms in medical settings*, *Journal of Clinical Psychology*, In sesión, vol 70, 2014; 466-477.
4. Griffith J, Gaby L, *Brief psychotherapy at bedside: countering demoralization from medical illness*, *Psychosomatics* 2005, 46:2, march-april.
5. Anzieu D, *El yo piel*, Editorial Biblioteca nueva, Madrid, 1987.
6. Viederman M, *The psychodynamic life narrative: a psychotherapeutic intervention useful in crisis situations*, *Psychiatry*, vol 46, august, 1983.

EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO COMO EXPERIENCIA TRAUMÁTICA. ALGUNAS REFLEXIONES

THE IMPACT OF MEDICAL DIAGNOSIS AS A TRAUMATIC EXPERIENCE. SOME THOUGHTS

DR. CÉSAR CARVAJAL (1)

(1) Psiquiatría. Clínica Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Email: drcesarcarvajal@gmail.com

RESUMEN

Este artículo de reflexión aborda el tema del proceso diagnóstico dentro del quehacer médico. Explicita las repercusiones que tienen tanto para el médico como para el paciente, la formulación y la comunicación de éste, esta última enmarcada en el ámbito de dar malas noticias. Se revisa el impacto emocional y las diversas respuestas que pueden producirse, especialmente ante diagnósticos que implican mayor gravedad para el paciente y/o por las repercusiones familiares que puedan tener. Se plantea que el diagnóstico puede actuar como un estresor, e incluso constituirse en un acontecimiento traumático. Se hace hincapié en la responsabilidad médica, ética y legal que asume el médico cuando formula un diagnóstico y debe informarlo al paciente.

Palabras clave: Proceso diagnóstico, impacto del diagnóstico, relación médico-paciente, responsabilidades éticas, responsabilidades legales.

SUMMARY

This reflexion article focusses on the subject of the diagnostic process within the medical profession. It explains the repercussions for both the doctor and the patient on the formulation and communication of the latter, framed in the field of giving bad news. We

review the emotional impact and the different responses that can occur especially to diagnoses that involve greater seriousness for the patient and / or the family repercussions they may have. It is argued that diagnosis can act as a stressor, and even constitutes a traumatic event. Emphasis is placed on the medical, ethical and legal responsibilities assumed by the physician when making a diagnosis and should inform the patient.

Key words: Diagnostic Process, diagnosis impact, doctor-patient relationship, ethical responsibilities, legal responsibilities.

DIAGNÓSTICO: SU ETIMOLOGÍA

La etimología de la palabra diagnóstico proviene del griego *diagnōstikós* (*διαγνωστικός*) que alude a la capacidad de discernir, distinguir o reconocer. El vocablo diagnóstico está compuesto por el prefijo *diā* (a través de) y *gnosis* (conocimiento). La acción y efecto de diagnosticar está englobado en el término *diagnosis* que deriva de la palabra latina *diagnosis*, la que a su vez proviene del griego *diagnosis* (*διάγνωσις*). El término diagnóstico, inicialmente no habría sido de uso exclusivo de la medicina (aunque la empleó Hipócrates en sus obras), sino que aludía expresamente a la capacidad de distinguir y conocer. Sin lugar a dudas estos dos últimos aspectos tienen plena vigencia en la actualidad. La última edición del

Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española define el término diagnóstico como “la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas” y “la calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”. Es decir, en lenguaje médico, **diagnóstico lleva implícita la semiología, la etiopatogenia y la nosología**. Estas tres áreas obligan a que el profesional médico –responsablemente– precise un término, el cual responde a un constructo de lo que denominamos enfermedad.

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Una distinción importante se refiere al concepto de enfermedad. Para Eisenberg, los pacientes son los que sufren enfermedades (*illnesses*), ya que este término involucra lo que a ellos les interesa y les afecta en el funcionamiento social; en cambio, los médicos diagnostican y tratan patologías (*diseases*). Por otra parte, en relación con la terminología empleada en los últimos 25 años, tanto a nivel de los medios de divulgación, como también en los ámbitos especializados en el área psicológico/psiquiátrica se ha producido una interesante discusión respecto al empleo de los términos “temas” y “aspectos” de salud mental para referirse a sintomatología psicopatológica, en oposición a la clara denominación de enfermedad mental. Este cambio se debe, en parte, al estigma que involucra el término enfermedad mental. Al referirse a “temas” y “aspectos” se tiende a subestimar la seriedad y gravedad del distrés producido por la patología, como también la experiencia del paciente. De forma análoga sería como denominar “temas” de salud física para referirse a hipertensión arterial o a una diabetes mellitus (1).

Definiciones de salud y enfermedad mentales tal vez más abarcadoras las encontramos en lo propuesto por Armando Roa, cuando describe la salud mental como aquella condición en que existe “posesión, manejo y productividad fácil, esperanzada y alentadora de la propia persona y su mundo, con rendimiento óptimo, afectivo y práxico para ella y su medio en acuerdo a su condición biológica, cultural y económico-social”. A la vez considera que la enfermedad mental “sería un socavamiento activo de la psique por menoscabo transitorio o permanente, reparable o irreparable, de su energía íntima, debido a acción de agentes venidos desde fuera o a fuerzas autodestructivas, a lo cual se le da un origen, configuración, significado y tratamiento diverso, según sea la religión, cultura, estado socio-económico e individual de la persona”. Respecto al diagnóstico, Roa hace hincapié en que “el reconocimiento técnico contra lo pensable es muy similar en todas partes”. Estas reflexiones están en la perspectiva de la dificultad que existe para contar con un concepto transcultural de salud y enfermedad, más aun cuando éste se refiere particularmente al ámbito de lo psíquico (2).

¿QUÉ ES EL DIAGNÓSTICO?

Para el médico

Cuando el médico atiende a un paciente, uno de los grandes desafíos en su quehacer es poder llegar a una conclusión que englobe lo que le aqueja. Esto, a través de la exploración de los síntomas y dentro de una adecuada relación médico paciente, para así poder llegar a formular una denominación que sea comprensible (y ojalá conocida para el enfermo) y que le permita elaborar un plan de estudio y tratamiento. Este proceso radica principalmente en los elementos que puede aportar directamente el paciente o a través del relato de terceros (familiares o cuidadores), y en algunos casos con la información recopilada anteriormente por otros facultativos, mediante los resultados de exámenes clínicos o informes, y en importante medida en el conocimiento que tiene el médico de una determinada enfermedad. A este ejercicio clínico está enfrentado el médico con cada paciente que debe atender y a su vez es escrutado en cada atención por el paciente y/o sus familiares y también por sus colegas cuando corresponde. No son infrecuentes los comentarios de pacientes o familiares como: “visita a tal médico, porque tiene un buen diagnóstico”, “ese médico acertó con mi diagnóstico”, “no lo voyas a consultar, porque conmigo se equivocó” y muchas otras expresiones que ponen de relieve la importancia y responsabilidad que implica el diagnóstico. Pareciera entonces que en el accionar médico una parte muy importante se relaciona con el proceso diagnóstico.

Como aproximación al diagnóstico no debemos olvidar que existe un diagnóstico de signos y síntomas clínicos, otro de cuadros sindrómicos y por último el de entidades nosológicas. La historia de la medicina ha seguido también esta secuencia. En una época abundaron las patologías con nombres propios, sea como síndromes o enfermedades, que permitieron que sus “descubridores” o mejor dicho sus sistematizadores nos dejaran un legado hasta el día de hoy.

Para el médico, el proceso diagnóstico la mayoría de las veces, implica la búsqueda de una solución a la sintomatología del paciente, y con eso la posibilidad de contar con un plan de estudio, tratamiento y pronóstico, lo que sin duda debería –al menos– tranquilizar al paciente y/o la familia. En otras ocasiones, este proceso puede estar orientado a satisfacer una determinada categoría diagnóstica que le permita acceder al paciente a algún beneficio del sistema de atención de salud (sea público o privado) o a algún seguro de salud específico. Pero también la formulación de un determinado diagnóstico puede obedecer, lamentablemente, a un deseo de lucimiento personal del facultativo, sea ante otros colegas y/o para satisfacer lo que el paciente o su familia desea escuchar. Estos aspectos determinan no sólo la importancia de la formulación

del diagnóstico, sino –sobre todo– la responsabilidad con que debe ser asumida por el médico. Demás está decir que, junto con una responsabilidad ética también existe una responsabilidad legal con implicancias judiciales, la cual cada día está más presente en los procesos relacionados con la judicialización de la medicina.

Para el paciente

Para los pacientes es fundamental poder contar con una explicación y ojalá razones convincentes acerca de la experiencia que viven a raíz de sus síntomas. También se hace necesario poder contar con nombres conocidos de su cuadro, con el conocimiento de las posibles causas y de las potenciales intervenciones. Los pacientes esperan que la consulta termine con un diagnóstico que permita un plan de estudio con exámenes y/o procedimientos, un tratamiento y un pronóstico. Es difícil que una consulta médica termine bien si no tiene al menos, un diagnóstico presuntivo.

Para el médico y para el paciente

En ocasiones el paciente deambula de un médico a otro en busca de la formulación del diagnóstico que él quiere recibir. Tal diagnóstico puede ayudarle a justificarse ante terceros sobre ciertas conductas (como en algunas patologías psiquiátricas), a conseguir algún beneficio de los sistemas de salud (ya sean de tipo curativo o de alguna pensión de invalidez), a aportar un antecedente médico importante para un tema judicial, a eximirse de ciertas responsabilidades académicas o laborales, a evitar ciertas responsabilidades civiles o militares, etc. Por supuesto que frente a estas diversas situaciones es determinante la responsabilidad que asume el médico.

Así como Balint concluyó, después de un estudio con un grupo de médicos ingleses acerca de la relación médico paciente, que el médico es una droga poderosa, eficiente, capaz de actuar positiva o negativamente, acentuando o mermando el efecto de las otras drogas, también se puede considerar que el diagnóstico es un arma muy poderosa de la que dispone el médico (3). El veredicto del médico puede determinar que las consecuentes acciones que se tomen con el paciente se encaminen en una dirección terapéutica o rehabilitadora, o por el contrario que se acompañen de efectos iatrogénicos y claramente perjudiciales para él y/o su familia. **Ningún diagnóstico carecerá de repercusiones emocionales;** la sintomatología puede ser de escasa o nula gravedad y tratarse de algunas molestias transitorias, o por el contrario acarrear un futuro funesto. De ahí que se debe ponderar muy bien el diagnóstico como constructo (y sus variadas consecuencias) y las implicancias que puede determinar en el paciente y su entorno. El diagnóstico en sí mismo puede significar una experiencia terapéutica, un alivio para el paciente y su entorno, la posibilidad de un nuevo camino por recorrer, el

poder contar con un mejor pronóstico, o bien transformarse en una experiencia traumática. Frente a esta disyuntiva el médico tiene que ser particularmente cuidadoso de cómo abordar el acto de comunicar el diagnóstico. Pero, antes debe haber explorado lo más profundamente posible quién es ese paciente y, si es necesario –con el apoyo de familiares– anticipar las eventuales consecuencias de cómo recibirá el diagnóstico. Aspectos significativos de la biografía del paciente, elementos de su personalidad, antecedentes traumáticos, redes de apoyo psico-social, creencias y prácticas religiosas, relaciones familiares pasadas y actuales son algunos de los aspectos que se deben conocer antes de formular un diagnóstico de gravedad que determine un cambio importante en el estilo de vida o una cercanía de la muerte.

LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Una vez que el médico ha podido analizar la mayor cantidad de elementos que le permiten tener un diagnóstico presuntivo o bien definitivo, tiene el desafío de comunicárselo al paciente. Cuando se trata de un diagnóstico que no se acompaña de mayor gravedad, ni necesidad de exámenes de alto riesgo y que implica un tratamiento de fácil acceso y un buen pronóstico en general, no hay mayores dificultades. Pero cuando la situación es la inversa, el facultativo se enfrenta al desafío de tener que comunicar una mala noticia. Este tema se ha incorporado cada vez más en los estudios de pregrado, dado que implica entrenarse en ciertas destrezas, ya que es una acción que debe ser asumida responsablemente sólo por quien oficia de médico tratante o profesional sanitario a cargo en un determinado momento. No se trata de aprender y memorizar un discurso específico para verbalizarle al paciente, sino de ser capaz de hacerle comprender a éste lo que le está ocurriendo. Más allá de que el paciente logre una comprensión racional, se trata de poder ayudarle tanto en el proceso de aceptación, como también en lo difícil que resulta muchas veces poder llegar a asumir todo lo que el diagnóstico implica. En esta parte, de la relación médico paciente, es clave que el médico sea empático, realista, claro y entregue un panorama lo más objetivo posible de lo que le puede ocurrir al paciente. No se trata de emplear un lenguaje doctoral, que revele gran nivel de conocimientos y que el paciente, por lo que está experimentando emocionalmente en ese momento, no entienda casi nada, se bloquee o que por sus mecanismos de defensa sólo interiorice una parte que es la menos grave. En este momento el médico tiene el gran poder de ser objetivo, de minimizar o de amplificar los riesgos y consecuencias que tiene el diagnóstico, ya que dependiendo de cuál sea éste, serán las acciones que vengan a continuación. Estas acciones pueden traducirse por ejemplo en una hospitalización, cuando el paciente ha consultado en un servicio de urgencia, ha sido atendido en la consulta ambu-

latoria o en el domicilio. También el diagnóstico determinará los exámenes que se soliciten, los que pueden ser necesarios para confirmar el diagnóstico clínico o para investigar posibles causas de las molestias que aquejan al paciente. En este punto es conveniente reflexionar acerca del aumento de la cantidad de exámenes y exploraciones, que se viene dando desde un tiempo a esta parte. Pareciera que los exámenes de laboratorio pueden reemplazar al clínico. Asimismo, la semiología ha entregado parte importante de su quehacer a las técnicas de imágenes; no se trata de desconocer el gran valor de estas últimas para confirmar lo sospechado por el examen clínico, ni tampoco su gran utilidad en la detección de anomalías en las evaluaciones preventivas. Los exámenes y procedimientos son factores importantes en el encarecimiento de la atención médica y también tienen una alta asociación con los procesos de judicialización de la medicina.

Es de aceptación común que una persona que recibe una mala noticia nunca olvida dónde, cuándo y cómo se enteró de ella. En un artículo publicado en 1991 se estudió, en forma retrospectiva, la forma en que se entregó la información acerca de la muerte de un hijo a un grupo de padres voluntarios. Los fallecimientos ocurrieron en diversas circunstancias como accidentes de tránsito, suicidio, cáncer y asesinato entre otras. Más de la mitad de los padres destacó como importante que la entrevista fue grata o razonablemente manejada más que una entrevista mal llevada u ofensiva, además señalaron que los policías (cuando correspondió) fueron más acogedores que las enfermeras y los médicos. Si bien es una muestra de 120 padres, que puede considerarse sesgada, este artículo puso un alerta respecto a cómo mejorar la capacitación del personal encargado de informar a la familia sobre la muerte y en general dar malas noticias (4).

EL PROBLEMA DE LA CERTEZA DEL DIAGNÓSTICO

Una vez evaluado el paciente, lo más probable es que el médico pueda formular un diagnóstico presuntivo en base a los hallazgos de la anamnesis y del examen clínico. Con este primer paso se podrá establecer un plan de estudio y complementar la evaluación con exámenes de laboratorio y eventuales procedimientos diagnósticos. Aquí surge un primer problema que tiene relación con los procedimientos que realiza un médico diferente del tratante u otro profesional, como puede ocurrir con una ecotomografía, una electromiografía, una cistoscopia, un campo visual, una audiometría o cualquier otro examen cuyo resultado se está determinando al momento de la realización del procedimiento. El paciente, ante la expectación por conocer el resultado solicita a quien está realizando el examen que se pronuncie acerca de la normalidad o anormalidad del examen. A este respecto hay que aclarar que no es para nada recomendable que sea

este médico o tecnólogo especializado quien responda al paciente sobre el resultado del examen; sin embargo, hay que reconocer que en la práctica no siempre resulta fácil dejar al paciente con una gran duda y dilatar la espera hasta el próximo control con su médico tratante.

El diagnóstico presuntivo puede resultar de alto impacto emocional, especialmente cuando se magnifica la potencial gravedad o incapacidad a la que se puede llegar de confirmarse dicho diagnóstico. Hay que insistirle al paciente que lo que se tiene es una hipótesis de trabajo para estudiar y completar con los exámenes necesarios en busca de la precisión diagnóstica y así poder implementar el tratamiento más adecuado. El diagnóstico presuntivo también permite justificar la solicitud de exámenes invasivos, que impliquen un alto costo económico o que se acompañen de cierto sufrimiento para el paciente cuando implican un grado moderado de dolor.

Junto con el diagnóstico presuntivo está el o los diagnósticos diferenciales. Aquí se da una situación equivalente en cuanto a la repercusión emocional y hay que ser cauteloso en la entrega de información objetiva y realista, en base a las probabilidades según la epidemiología local, la importancia de algunos síntomas y la experiencia personal. No parece que sea de utilidad extenderse, especialmente en una primera consulta, en una larga lista de posibles diagnósticos diferenciales, la que además con seguridad implicará la solicitud de un sinnúmero de exámenes. En esto la experiencia clínica, la ponderación y la prudencia que tenga el médico podrán ayudar mucho a minimizar el impacto psicológico para el paciente.

El objetivo durante el proceso diagnóstico es poder acercarse lo más posible a un diagnóstico de certeza, el cual naturalmente no siempre se consigue y menos en la primera consulta, sobre todo cuando la patología es más compleja o poco frecuente.

Al tener un diagnóstico de certeza, gracias a que la exploración clínica se puede apoyar además en el resultado categórico de una biopsia, de un examen de imágenes, de un procedimiento neurofisiológico, de un panel viral o de un examen de sangre específico, el médico se ve enfrentado al hecho de tener que informar al paciente y/o sus familiares de dicho diagnóstico.

La verdad en el diagnóstico

Más allá de tener que informar sobre malas noticias, el médico se enfrenta al problema de tener que precisar hasta dónde decir la verdad respecto del diagnóstico. ¿Es necesario profundizar en todos los aspectos relacionados con el constructo al

cual obedece un determinado diagnóstico como son los temas etiopatogénicos, fisiopatológicos, la evolución, los tratamientos y el pronóstico? Ante esta pregunta cabe reflexionar respecto al hecho que, en general, el paciente cuando está cursando una enfermedad grave y que puede resultar fatal se anticipa (aunque no necesariamente lo comunique) y ya ha intuido acerca de su pronóstico. La reflexión ética y especialmente el análisis individualizado del paciente, ayudarán a ponderar hasta dónde ahondar en lo que se le transmita al paciente. Como ya se adelantó, respecto de la información de malas noticias, la comunicación del diagnóstico y la verdad implícita que éste debe llevarle corresponde realizarla al médico tratante que en ese momento sea el responsable del paciente. Esta acción es parte fundamental del acto médico, la cual no se puede eludir ni tampoco delegar en otro especialista. La eventual colaboración de algún psiquiatra o de una psicóloga debe considerarse más bien a continuación de que el paciente haya recibido la noticia y dependiendo de cuál sea su primera reacción al diagnóstico.

Para comunicar la verdad del diagnóstico hay varias situaciones a tener en cuenta. ¿El paciente estará completamente lúcido o estará cursando con algún grado de compromiso de conciencia (de causa orgánica o bien psicogénica), entenderá bien el discurso y contenidos que le entregue el médico de acuerdo con la capacidad intelectual y sus referentes culturales, será capaz de procesar en ese momento el diagnóstico y sus consecuencias o se interferirá psicológicamente?

Así como la verdad se puede relacionar con bien, justicia, belleza y está presente en la moral, la ética, la ley, la ciencia y en las relaciones interpersonales, no cabe duda que constituye un tema central en toda relación terapéutica. La verdad es fundamental en los peritajes, para definir la verosimilitud de un posible abuso; ante un contagio y riesgo epidemiológico de enfermedades de transmisión sexual; ante hechos traumáticos y sus consecuencias, etc. **Todo paciente tiene el derecho a conocer la verdad de su situación patológica y por lo tanto para el médico el descubrir la verdad y comunicarla se constituye en una exigencia ética y legal.** En el proceso de búsqueda de la verdad, el llegar a definir un determinado diagnóstico acerca de lo que ocurre en ese momento y las circunstancias inmediatas que lo rodean es sólo el primer paso. El segundo paso es intentar descubrir por qué el paciente enfermó en ese momento; es decir, poder integrar los factores biológicos y ambientales que están participando, como también los elementos psicológicos, biográficos y espirituales facilitadores del proceso mórbido. El tercer paso constituye un proceso que debe ocurrir en conjunto entre médico y paciente para tratar de dilucidar el sentido y significado que pueda tener su patología a la luz de su situación vital de ese momento. Por último, el cuarto paso es de una reflexión más

profunda acerca de lo que es la enfermedad en sí misma y el sentido que tiene para el ser humano. De acuerdo con estos elementos se hace más comprensible el desafío que enfrenta el médico cuando debe informar acerca de un diagnóstico. Por lo tanto, no se debe informar de manera casi mecánica u operacional por cumplir con lo establecido en una determinada legislación. Aquí se juega la profundidad que debe tener la relación médico paciente, entendida ésta como un acto de amor por un otro sufriente.

Cuando se ha avanzado bastante en el proceso de dilucidar la verdad (de la enfermedad y diagnóstico del paciente), surge la interrogante acerca de ¿qué verdad debe conocer el paciente?, esto naturalmente vale principalmente para los diagnósticos que implican realidades funestas. Frente a diagnósticos de patologías menos graves y de buen pronóstico no se generan conflictos mayores para el médico (salvo quizás en pacientes hipocondríacos u otros en que los temas de salud y/o enfermedad puedan tener una gran repercusión emocional; en ellos es conveniente minimizar la explicación, pero teniendo en consideración que nunca se debe faltar a la verdad). Un elemento central respecto al diagnóstico que se va a comunicar es que el término que se emplee tenga el mismo significado para el médico, el paciente y la familia. Un trastorno endocrino que afecte la femineidad de una mujer soltera probablemente será distinto para el médico que llegó a concluir ese diagnóstico de lo que puede implicar para la vida futura de esa joven. La necesidad de la amputación de alguna extremidad, ya sea por un traumatismo o por alguna patología que lleva a un dolor crónico irreductible en una persona que desempeña una actividad en que su cuerpo es muy importante, lo más probable es que tenga un significado diferente para el facultativo que para el paciente; para el primero significará conservar bien el resto del organismo o terminar con un dolor intratable y para el segundo cambiar su corporalidad y vivir como discapacitado físico. Por otra parte, no es infrecuente el plantearse si no será mejor ocultar el diagnóstico al paciente (y en eso a veces la familia tiene un papel bien determinante). En paralelo está el problema de resolver respecto, a qué será lo mejor para el paciente. En último término, en este punto radica el conflicto para el médico: ¿cómo hacer el bien y no dañar?, pero además sin dejar de decir la verdad. En ocasiones el mismo paciente facilita el proceso de precisar el diagnóstico definitivo, especialmente cuando se alude a explicaciones plagadas de terminología médica o eufemismos que intentan distraerlo y finalmente es el mismo paciente quien hace hincapié en que él es fuerte para poder recibir cualquier diagnóstico.

En este proceso de comunicar la verdad del diagnóstico es deseable contar con el mayor conocimiento del paciente y su contexto (características de personalidad, factores sociales,

culturales, biográficos, etc.) para abordar a la persona sufriendo y no realizar un proceso académico de una excelente formulación diagnóstica. Entendiendo que lo habitual será que el médico sólo cuente con una parcialidad de toda esta información, habrá que aceptar que en este punto el acto médico también siempre tendrá sus limitaciones. Lo que sí hay que cautelar es que la comunicación de la verdad del diagnóstico no implique iatrogenia. Toda verdad tiene dos aspectos constitutivos, **el significativo** en este caso el nombre del diagnóstico, la verdad nominal y **el significado**, el bien que debe implicar el hecho develado. La eventual iatrogenia de la comunicación del diagnóstico se relaciona con el descuido en cómo conseguir el mejor significado para el paciente de esa verdad. Esto en el contexto de la relación con su médico y así poder abordar las consecuencias en su vida, que pueden traducirse en cambios de hábitos, aprender a convivir con discapacidades importantes o muchas veces tener que enfrentarse con plena conciencia a la cercanía de la muerte (5).

Una situación compleja para el médico es comunicar la muerte cerebral de un paciente y además solicitar la donación de órganos cuando esto es posible. En este contexto los factores culturales, la legislación y el estado emocional en que se encuentren los familiares más directos del paciente, tendrán gran repercusión en la forma cómo poder plantear la eventual donación. Los momentos que transcurren entre la decisión y aceptación de la donación por parte de la familia, la confirmación de la muerte cerebral y los procedimientos que terminarán con la procuración de órganos son minutos y horas que de suyo pueden facilitar en algunas personas una reacción traumática. Esta es un área en que es fundamental la capacitación que deben tener los profesionales que conforman los equipos relacionados con los trasplantes para evitar los potenciales efectos iatrogénicos derivados de sus intervenciones.

En otro contexto se tiene la situación de un paciente con un deterioro cognitivo que está progresando hacia una demencia. En fases iniciales del diagnóstico puede servir plantearle al paciente si quiere conocer efectivamente el resultado de sus exámenes; sin embargo, hay que ponderar que no exista otra patología ansiosa o depresiva que pudiera descompensarse ante el diagnóstico definitivo. En cambio, en etapas más avanzadas, en que el compromiso cognitivo es más acentuado probablemente ya no tendrá gran utilidad informarle al paciente y en esos casos los familiares sí deben conocer la verdad del diagnóstico y sus posibles evoluciones.

Errores diagnósticos

Aunque se espera que el proceso del diagnóstico alcance la mayor certidumbre posible, hay casos en que se cometen errores, los cuales pueden tener gran repercusión en el

paciente pudiendo llegar incluso a causarle la muerte. Este es un tema que cada vez ha cobrado mayor relevancia en los juicios de mala práctica, dado que el error diagnóstico supera a las demandas por cirugías o los errores de la medicación. Se estima que los errores en el diagnóstico son cercanos al 20% a 25% de los casos y son responsables de un 10% a 15% de acontecimientos adversos. Los factores que influyen en esto son múltiples: el poco tiempo que dura la consulta médica, la pobre comunicación médico-paciente que dificulta poder contar con una buena historia clínica, la excesiva información médica a la que se puede acceder actualmente (sin que necesariamente signifique mayor conocimiento especializado) o una falla en el proceso cognitivo del ejercicio diagnóstico en que puede estar ausente el principio de **no saber que uno no sabe**, lo que se traducirá en creer que se llegó al diagnóstico correcto y que por lo tanto, se tomaron las medidas adecuadas. Gran parte de los errores al diagnosticar se pueden atribuir al poco cuidado en la reflexión acerca del proceso del pensamiento que lleva a formular un diagnóstico, como a la poca crítica acerca del juicio clínico que lleva a tomar las decisiones de exámenes o tratamientos (6). Otros factores que influyen pueden ser el cansancio del médico, producto de largas jornadas laborales, del sistema de turnos, de dificultades con el sueño o de estar ya cursando lo que se ha denominado “síndrome de **burn out**”. La psicopatología que pueda presentar o el asumir que está capacitado para evaluar pacientes con las más diversas manifestaciones ya sean propias de su especialidad o incluso ajenas a ella, lo que traduce un exceso de confianza del facultativo. Considerando que en el acto médico lo central, desde el punto de vista de la ética, radica en la responsabilidad que se asume, no es posible descuidar una práctica permanente del pensamiento crítico y de la reflexión profunda acerca de lo que se está efectuando, para asegurar un mejor resultado con el paciente. Este es un deber ineludible del médico y debe desarrollarse desde los primeros años de la formación académica.

SEGUNDAS OPINIONES Y DIAGNÓSTICOS POR INTERNET

La antigua práctica de las juntas médicas al parecer ha ido dejando paso a la discusión o evaluación de pacientes en los grupos multidisciplinarios que se han formado en las distintas especialidades para intentar dar el mejor tratamiento posible, sobre todo a pacientes más complejos. Una alternativa interesante para pacientes que se atienden especialmente de la atención ambulatoria es la solicitud de la segunda opinión. Este objetivo se puede conseguir por la derivación y contacto a partir del médico tratante o bien como iniciativa del propio paciente o de sus familiares. Un estudio realizado en la Clínica Mayo de Rochester enfocado en la evaluación diagnóstica como segunda opinión, de una muestra de 286 pacientes provenientes de la atención primaria concluyó que

se mantuvo el mismo diagnóstico de la derivación en el 12%, en el 66% el diagnóstico fue refinado y en el 21% el diagnóstico se modificó; en este último grupo el costo económico de la evaluación fue mayor que en los dos primeros grupos (7). El poder precisar un diagnóstico precozmente redundó, sin lugar a dudas, en un menor sufrimiento para el paciente, la implementación de un tratamiento más efectivo e incluso un menor costo para los sistemas de salud.

Con la medicalización y la psicologización de la vida, cada día son más los pacientes que llegan a la consulta no sólo con una enumeración de sus molestias, sino ya con un diagnóstico presuntivo (o a veces creyendo que es casi de certeza) que obedece a su propia investigación en las fuentes que aporta internet. Así es como las consultas al “Dr. Google” crecen cada día. En 2016 las preguntas más frecuentes se relacionaron con el virus zika, el traumatismo encéfalo craneano y el *cupping* (ventosaterapia, procedimiento común entre deportistas que participaron en los Juegos Olímpicos de ese año). En una encuesta online realizada por Doctoralia en España se encontró que el 71% de las mujeres y el 51% de los hombres busca información por internet con posterioridad al diagnóstico médico y acude al Dr. Google, siendo más frecuente entre los sujetos de 18 a 34 años. Respecto a la solicitud de una segunda opinión los hombres la realizan en el 34% de los casos y las mujeres en el 28% (8). El desafío para los médicos y profesionales de la salud actualmente está en buscar la mejor forma de adaptarse a la información que está en internet y a los beneficios que ésta ofrece, ya que la mayor parte de los pacientes emplea la red y difícilmente la abandonará. Los problemas derivados de esta nueva forma en que se está desarrollando la medicina radican principalmente en la relación médico paciente y en la automedicación, temas que habrá que abordar responsablemente.

EL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES DIFÍCILES

El diagnóstico también puede verse interferido por los pacientes, especialmente cuando por sus conductas disruptivas generan emociones negativas en los médicos. En un estudio con residentes de medicina familiar expuestos a viñetas clínicas con la descripción de pacientes neutros y disruptivos, se encontró más errores diagnósticos en los segundos. El tiempo empleado para concluir las hipótesis diagnósticas con ambos tipos de pacientes fue similar. Los pacientes pueden ser considerados difíciles por diversos motivos: evitadores de atención médica, demandantes, litigantes e incluso agresivos, pacientes que no le creen a los médicos e ignoran sus consejos o pacientes absolutamente indefensos. En estos pacientes se puede encontrar importante psicopatología o trastornos de la personalidad. Se ha estimado que los pacientes difíciles pueden constituir alrededor del 15% de los casos atendidos en forma ambulatoria o en servicios

de urgencia. Las situaciones más complejas ocurren con los pacientes que amenazan la integridad del médico (9).

El diagnóstico como un estresor, incluso traumático

El diagnóstico, al momento de comunicarlo, puede operar como un estresor amenazante dada las consecuencias que podría implicar para el paciente y provocar una “herida” de difícil cicatrización. La reacción puede ser muy variada dependiendo de la capacidad de afrontamiento que tenga cada uno. Para muchos sujetos el momento de conocer el diagnóstico marca un antes y un después en sus vidas. Se puede responder, como es habitual ante una amenaza, con una conducta de ataque, otra de huida o incluso una en que el sujeto se paraliza, lo que se expresará emocionalmente de diversas formas. Una crisis angustiosa, un llanto descontrolado, un sentimiento de indefensión e impotencia para responder, una negación inconsciente, una rabia desproporcionada, un descontrol conductual, etc. son posibles formas de reacción inmediata. Luego se puede instalar paulatinamente un cuadro en que predomine la sintomatología ansiosa, depresiva, postraumática, el consumo de alcohol o de alguna droga o incluso llegar al extremo de una reacción con elementos psicóticos. Dependiendo de la vulnerabilidad biológica del sujeto, de sus características de personalidad, de su biografía, de sus respuestas previas a situaciones de estrés, de su red de apoyo sociofamiliar, de sus creencias religiosas y de su entorno cultural será la respuesta ante la mala noticia de un diagnóstico difícil por las implicancias inmediatas, en el mediano o en el largo plazo. Se han investigado diversas situaciones clínicas en que el diagnóstico médico ha facilitado la instalación de un trastorno por estrés postraumático. Ejemplos de esto los tenemos en pacientes con cáncer (especialmente de mama), con complicaciones del postparto, con pérdidas perinatales, con patología cardíaca congénita, con quemaduras, con internación en unidades de cuidados intensivos, en usuarios de ventilación mecánica, en receptores de trasplantes y diversas otras patologías, en los cuales hay una frecuencia no despreciable de cuadros por estrés postraumático (10-16). De alguna manera la respuesta emocional a un diagnóstico grave se puede homologar a las etapas descritas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross respecto al duelo: **negación, ira, negociación, depresión y aceptación**. Esta secuencia traduce una reacción natural que tendrá un tiempo personal de elaboración. Las variantes anormales constituirán diversas patologías psiquiátricas con un gran abanico que va desde una reacción de adaptación con síntomas ansiosos, depresivos o físicos hasta el extremo de un cuadro psicótico reactivo. Si existe psicopatología previa puede reaparecer dicho cuadro clínico o exacerbarse la psicopatología que esté presente al momento de conocerse el diagnóstico. Como en toda respuesta psíquica siempre estará presente el factor de

lo impredecible y no necesariamente se cumplirá el supuesto que develar un diagnóstico sombrío siempre complicará la evolución y dificultará la adherencia al tratamiento que se proponga.

Un aspecto no menos importante se refiere a los temores que muchas veces están presentes en los médicos para comunicar el diagnóstico: temor al dolor que se pueda provocar, temor al fracaso terapéutico cuando se han agotado los recursos y medidas ordinarias de terapia, temores legales derivados de la creciente judicialización de la medicina y demandas contra el personal sanitario y temores de expresar emociones y sentimientos que se supone puedan debilitar la imagen del médico ante el paciente y su familia.

CONCLUSIONES

El médico en su ejercicio clínico busca acercarse lo más posible al diagnóstico de certeza y tiene la responsabilidad de comunicárselo al paciente, sin faltar a la verdad. Cualquier diagnós-

tico que implique consecuencias inmediatas o mediatas que afecten la funcionalidad, calidad de vida o que se traduzca en limitaciones importantes y más aun si el pronóstico es fatal, tendrá un impacto emocional en el paciente. Los atributos del médico y las características del paciente interactuarán para facilitar o complicar los efectos de la comunicación de la mala noticia. Es deber del médico conocer lo mejor posible al paciente y su circunstancia para no generar un acto iatrogénico, sino que junto con entregar la verdad de la enfermedad y sus consecuencias, animar al paciente a que si aun no lo tiene, le encuentre un sentido al posible sufrimiento que le provocará la patología. La responsabilidad y humanidad del médico pueden transformar la comunicación de un diagnóstico complicado en una instancia de reflexión y profundización sobre el sentido de la existencia para cada paciente. Se debe estar preparado para apoyar al paciente y su familia en esta etapa de la enfermedad y brindarle todos los cuidados que requiera. Por último no hay que olvidar que así como se debe respetar por sobre todas las cosas la vida, también debe existir un respeto total por la muerte y el diagnóstico es una parte más en este proceso.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhugra D, Ventriglio A, Bhui KS. *What's in a name? Reclaiming mental illness.* www.thelancet.com/psychiatry Vol 3 December 2016.
2. Roa A. *Concepto transcultural de salud y enfermedad (1965).* En Armando Roa. *Formas del Saber y del Amar.* Sonepsyn. C&C Ediciones. Santiago, Chile, 2007.
3. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad.* Ediciones Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.
4. Finlay I, Dalimore D. *Your child is dead.* *BMJ* 1991;302:1524-5.
5. Mahaluf J. *La verdad en el acto médico.* *Rev Psiquiat Clínica* 1992;29(1):71-76.
6. Ceriani JM. *Errores de diagnóstico en la práctica médica.* *Arch Argent Pediatr* 2015;113(3):194-5.
7. Van Such M, Lohr R, Beckman T, Naessens JM. *Extent of diagnostic agreement among medical referrals.* *J Eval Clin Pract* 2017 Apr 4. doi: 10.1111/jep.12747.
8. Caldentey D. *Siete de cada 10 españoles no se fían del diagnóstico médico y acuden al "Doctor Google".* *Lainformacion.com/06/11/2016.*
9. Schmidt HG, van Gog T, Schuit S, Van den Berge K, Van Daele P, Bueving H. *Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment.* *BMJ Qual Saf* 2017;26:13-8.
10. Voigt V, Neufeld F, Kaste J, Bühner M, Sckopke P, Wuerstlein R et al. *Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, COGNICARES study.* *Psychooncology* 2016 Feb 22. doi: 10.1002/pon.4102.
11. James S. *Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal.* *Arch Womens Ment Health* 2015; 18:761-71.
12. Gold K, Leon I, Boggs ME, Sen A. *Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample.* *J Womens Health* 2016 DOI: 10.1089/jwh.2015.5284.
13. Deng L, Khan AM, Drajpuch D, Fuller S, Ludmir J, Mascio AH et al. *Prevalence and Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Adults With Congenital Heart Disease.* *Am J Cardiol* 2016;117:853-7.
14. Giannoni-Pastor A, Eiroa-Orosa FJ, Fidel Kinori SG, Arguello JM, Casas M. *Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Symptomatology Among Burn Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis.* *J Burn Care Res* 2016;37:e79-89.
15. Nassar AP, Zampieri FG, Ranzani OT, Park M. *Protocolized sedation effect on post-ICU posttraumatic stress disorder prevalence: A systematic review and network meta-analysis.* *Journal of Critical Care* 2015;30:1278-82.
16. Supelana C, Annunziato RA, Kaplan D, Helcer J, Stuber ML, Shemesh E. *PTSD in solid organ transplant recipients: current understanding and future implications.* *Pediatr Transplantation* 2016;20:23-33.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA EN TRASPLANTES

PSYCHIATRIC ASSESSMENT IN TRANSPLANTATION

DRA. VANIA KRAUSKOPF (1) (2)

(1) Departamento de Psiquiatría Adultos. Unidad de Psiquiatría de Enlace. Clínica Las Condes

(2) Profesor Agregado Facultad de Medicina, Universidad de Chile - Clínica Las Condes

Email: vkrauskopf@clc.cl

RESUMEN

El trasplante de órganos es en la actualidad una alternativa terapéutica para la falla orgánica que involucra además de los avances en técnicas médico quirúrgicas específicas, aspectos psicológicos, sociales, éticos y legales.

El enfoque psiquiátrico del paciente candidato a trasplante se inicia con el manejo del impacto de la falla orgánica terminal que tiene en el paciente y su familia.

La identificación de síntomas psiquiátricos y aspectos psicológicos de los candidatos a trasplante son de suma importancia. Especialmente en la etapa de evaluación pre trasplante, debido a que estos factores pueden interferir en el manejo y la evolución postquirúrgica del órgano trasplantado como también en la calidad de vida del paciente y su familia.

Palabras clave: Trasplante de órganos, síntomas psiquiátricos, evaluación psiquiátrica, donante.

SUMMARY

Organ transplantation is now a form of treatment for an organ failure that involves special surgical techniques and also psychological, social, ethical and legal aspects. Psychiatric assessment of recipients starts with the diagnose of an end stage disease and the impact in the

patient and their family.

To identify psychiatric and psychological symptoms in selection during pre transplant assessment of recipients is important regarding the effects in the outcome, the adherence, evolution and quality of life after transplantation for patients and their families

Key words: Organ transplantation, psychiatric symptoms, psychiatric assessment, donor.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes candidatos a trasplante se ven enfrentados a varios factores generadores de estrés.

Además del diagnóstico de una enfermedad médica con mal pronóstico cuya única alternativa terapéutica es el trasplante y sumado a la baja tasa de donación de órganos con el consecuente incremento de las listas de espera, el paciente debe afrontar múltiples duelos superpuestos dados por la pérdida de la salud y de la capacidad funcional que interfieren en su calidad de vida laboral, social y familiar.

Debido a lo previamente señalado, muchas veces se desencadenan cuadros psiquiátricos en los pacientes candidatos a trasplante y sus familiares.

La relación entre enfermedades médicas y síntomas psiquiátricos se dan en ambos sentidos, muchos cuadros médicos producen síntomas psiquiátricos *per se*.

Los psiquiatras en su rol de interconsultores o formando parte de un equipo multidisciplinario de trasplante, tienen una función importante en el proceso de evaluación y selección del candidato receptor más idóneo y en la detección de factores de riesgo de futuras complicaciones.

Otra de sus funciones es la contención emocional al paciente y su familia durante el complejo proceso que abarca desde el impacto del diagnóstico médico, la indicación del trasplante como tratamiento, la ansiedad que implica el tiempo de espera, el temor a la muerte y rechazo del órgano y el período de ajuste post trasplante (1,2).

La participación del psiquiatra en el equipo de trasplantes se resume de la siguiente forma (3):

1. Evaluación psicosocial y selección de pacientes potenciales receptores de órganos
2. Evaluación de donantes vivos
3. Optimizar el resultado del trasplante:
 - Psicoterapia de apoyo y seguimiento en la etapa pre trasplante (diagnóstico y manejo de síntomas ansiosos, anímicos o comorbilidad psiquiátrica).
 - Control en post trasplante inmediato y pesquisa de complicaciones psiquiátricas o psicológicas, tanto en el paciente como en sus familiares con la finalidad de mejorar adherencia a controles y tratamiento.

Esta participación se da en diferentes etapas del proceso.

Período de evaluación, el paciente es sometido a evaluaciones por parte de todo el equipo multidisciplinario de trasplantes, realización de múltiples exámenes y evaluación por diferentes profesionales de la salud. Este período habitualmente genera gran angustia y ansiedad en el paciente hasta ser activado como receptor.

Durante este periodo se pesquisa la presencia de psicopatología o comorbilidad psiquiátrica para la cual se inicia un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. Además se evalúa la capacidad de adherencia al tratamiento.

Tiempo de espera, dada la baja tasa de donación de órganos este tiempo es incierto y puede variar entre meses y años. Con frecuencia hay hospitalizaciones por descompensación de la enfermedad de base. En el paciente se asocia compromiso y deterioro progresivo del estado de salud (por ejemplo pacientes en diálisis) y temor a fallecer antes de recibir el trasplante (con mayor frecuencia en el trasplante hepático, cardíaco y pulmonar). En familiares se observa la sobrecarga del cuidador "*Síndrome de Burn Out*."

Culpa del sobreviviente, cuando el trasplante es con donante cadáver (DC) puede generar reacciones adaptativas e ideas de culpa en el post trasplante inmediato. "Desear el fallecimiento de alguien para obtener el órgano necesario"

Fracaso del trasplante, se basa además del grado de recuperación de la funcionalidad del órgano trasplantado, en las expectativas previas que tiene el paciente y su familia.

Puede aparecer angustia en el paciente y su entorno.

Cuando las expectativas pre quirúrgicas están idealizadas (minimizan o niegan riesgo de complicaciones) es más probable la aparición de cuadros depresivos posterior al trasplante.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE PRE TRASPLANTE

El objetivo de esta evaluación es la pesquisa y diagnóstico de psicopatología en el paciente candidato a trasplante o en su familia y la indicación de tratamiento con la finalidad de lograr la mejor adherencia en la evolución postquirúrgica.

En la actualidad además de la entrevista y evaluación psiquiátrica existen instrumentos para evaluar las diferentes variables psicosociales previa al trasplante, TERS (*Transplant Evaluation Rating Scale*) (4), PACT (*Psychosocial Assessment for Transplantation*) (5) y SIPAT (*The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation*) (6).

Todas las escalas abordan temáticas que incluyen las redes de apoyo sociales y familiares, y la capacidad de contención de éstas, además evalúan la existencia de psicopatología previa y riesgo de desarrollar enfermedad psiquiátrica, los estilos de vida, antecedentes de abuso de sustancias, historia previa de adherencia a los tratamientos médicos y capacidad de comprensión del paciente.

El SIPAT tiene algunas ventajas comparativas en relación al PACT que incluye evaluaciones más detalladas en relación a los factores cognitivos, a las redes de apoyo, abuso y uso de sustancias, riesgo de recaída, grado de conciencia de enfermedad y la capacidad de comprensión sobre el proceso de trasplante (6).

Se realiza una o dos entrevistas iniciales al paciente candidato a receptor y a un familiar. Además del perfil del candidato se revisan otros factores que determinan la adherencia como funcionamiento cognitivo, estado anímico, personalidad y redes de apoyo (Tabla 1).

Sin embargo, no existe un proceso de evaluación y selección

TABLA 1. Evaluación psiquiátrica del paciente pre trasplante

Perfil del paciente: Nivel educacional, historia legal, relaciones interpersonales y redes de apoyo familiar y social, historia laboral.

Falla orgánica: Etiología, complicaciones, evolución, antecedentes de adherencia al tratamiento.

Mecanismos de afrontamiento (*coping skills*) de la enfermedad, pasado y presente.

Expectativas de la cirugía, incluyendo las fantasías en relación al funcionamiento del nuevo órgano tanto del paciente como de su familia.

Dificultades psiquiátricas existentes y plan de tratamiento.

Historia psiquiátrica personal y familiar, antecedentes de uso y abuso de sustancia.

Examen mental.

Capacidad de comprensión del procedimiento y competencia para firmar el consentimiento informado.

estandarizado a través de los diferentes Centros y Unidades de Trasplante .

Cada equipo debe establecer y decidir los criterios de inclusión considerando los factores psicosociales dependiendo del órgano a trasplantar (7).

Existe algún grado de preocupación en relación a pacientes con antecedente de enfermedad psiquiátrica previa lo cual podría establecer una peor adherencia al tratamiento y controles post trasplante, incluyendo la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno afectivo bipolar, episodios depresivos mayores, trastorno de estrés post traumático severo, los cuales no constituirían una contraindicación para el trasplante.

En la actualidad existe consenso en que estas patologías deben ser tratadas y estabilizadas previo al trasplante (7,8).

Dentro de las patologías mencionadas salvo en la depresión mayor severa no se encontraron factores de riesgo

para una mala adherencia al tratamiento y controles postquirúrgicos (8).

En el caso de consumo y abuso de sustancias, debe considerarse un período de abstinencia previo al trasplante de al menos 6 meses, tanto para el alcohol (trasplante hepático) como para otras sustancias que incluyen la nicotina (trasplante pulmonar y cardíaco). Dentro de los factores psicosociales a evaluar para prevención de recaídas del consumo está la conciencia de enfermedad, la estabilidad del sistema familiar y las redes de apoyo.

En relación al órgano trasplantado, existe un período de ajuste al órgano recibido. En los pacientes receptores de órganos torácicos (corazón y pulmón) este puede ser mayor en relación a los órganos intra abdominales.

Cuando los órganos recibidos son visibles para el receptor y para los demás, el período de adaptación es aún mayor sobre todo en los trasplantes de cara.

Existen aspectos específicos que diferencian la evaluación psiquiátrica para el trasplante de órgano sólido y trasplantes de tejidos compuestos como los de cara, mano y extremidades superiores que incluyen además, evaluación del dolor fantasma y síntomas postraumáticos en relación a la amputación de la extremidad o pérdida de la cara.

Dentro de esta evaluación en el consentimiento informado, el énfasis está puesto en que el procedimiento tiene como objetivo final además de mejorar la calidad de vida , mejorar la percepción de la autoimagen corporal y de la funcionalidad, no salvar la vida del paciente con una enfermedad en fase terminal (9) como se da en el caso de los trasplantes de órganos sólidos.

Actualmente existen cuatro áreas principales de desarrollo en este tipo de trasplante: Alotrasplante de tejido compuesto vascularizado, VCA: Mano, cara, útero y pene.

En los dos últimos además de recuperar la funcionalidad, la expectativa del paciente está puesta en recuperar el proceso reproductivo y la fertilidad (10).

En los pacientes sometidos a VCA se observa con mayor frecuencia ansiedad y sintomatología depresiva además de síntomas residuales de trastorno de estrés postraumático que requieren de tratamiento previo a la planificación de las intervenciones quirúrgicas reconstructivas .

A continuación se revisan las intervenciones del psiquiatra en las diferentes etapas de un trasplante (Tabla 2).

TABLA 2. Etapas e intervenciones psiquiátricas

Etapa	Problema	Estrategia
Pretrasplante	Trastornos afectivos, Depresión Trastornos adaptativos Trastorno de ansiedad Síntomas psicóticos Abuso / uso sustancias	Diagnóstico e inicio de tratamiento farmacológico
	Red de apoyo familiar/ social	Evaluar red de apoyo
	Adherencia al tratamiento	Evaluar red de apoyo
	Efectos secundarios farmacológicos	Elección de tratamiento más adecuado según perfil y enfermedad de base
Postrasplante inmediato	Delirium	Manejo farmacológico y ambiental
	Agitación	Sedación/contención
	<i>Burn Out</i> familiar	Apoyo psicoterapéutico
	Adherencia al tratamiento	Psicoeducación, control ambulatorio
	Síntomas adaptativos	Manejo farmacológico y apoyo psicoterapéutico

EVALUACIÓN PRETRASPLANTE DE DONANTES VIVOS

Todos los trasplantes que requieren de un donante vivo implican una cirugía mayor en un individuo sano expuesto a potenciales riesgos inherentes a la cirugía, por lo cual debe ser evaluado independiente de la existencia previa de psicopatología.

En pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica como por ejemplo episodios depresivos recurrentes debe evaluarse el riesgo de recaída del cuadro depresivo posterior a la intervención quirúrgica.

Además de descartar psicopatología en el paciente receptor y en el donante vivo, debe evaluarse el sistema familiar de receptor/ donante, revisar la existencia de disfunción familiar y cualquier tipo de manipulación o presión emocional tanto para la donación del órgano como para la aceptación del trasplante.

El grado de motivación para el trasplante debe ser propio del paciente y no de la familia, al igual que para la donación del órgano.

Según la recomendación de la Sociedad Internacional de Trasplantes para evitar conflictos de interés, la evaluación del donante vivo debe ser realizada por un equipo de salud diferente al que evalúa al receptor.

El post trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. (11)

COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS POST TRASPLANTE

Durante el primer año post trasplante aumenta la incidencia de trastornos del ánimo o de ansiedad, 20% en trasplante renal, 30% en hepático, 60% en receptores de trasplante cardíaco. (12-14). El desarrollo de trastorno de estrés postraumático en trasplantes pulmonares se relaciona con una hospitalización más prolongada en Unidades de Cuidado Intensivo (15) y una peor calidad de vida.

Sumado al impacto psicológico del trasplante, el uso de fármacos inmunosupresores, alteraciones electrolíticas y

carencias nutricionales por hospitalizaciones prolongadas pueden contribuir al desarrollo de patología y sintomatología psiquiátrica (15).

Dentro de las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes se encuentran:

Delirium: Incidencia entre un 25 a 50% (11) según el órgano trasplantado, su aparición es más frecuente en trasplante pulmonar y hepático que en renal y cardíaco (12). Aparece en el post quirúrgico inmediato, de causa multifactorial entre las cuales se encuentran los fármacos inmunosupresores. Requiere manejo farmacológico y ambiental.

Trastornos del ánimo: Episodios depresivos con una prevalencia entre el 10 y 58% durante los primeros años post trasplante (18). La depresión en esta etapa es un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento inmunosupresor y a los controles médicos lo que conlleva a un aumento probabilidad de rechazo del órgano.

Trastornos de ansiedad: Con una prevalencia entre un 3 a 33% durante los primeros años post trasplante. Dentro de los trastornos de ansiedad se encuentra el trastorno de estrés posttraumático con una incidencia de 17% en trasplantes cardíacos. En la medida en que se acerca el alta hospitalaria el paciente se inseguriza por temor a la pérdida de los cuidados del equipo médico y al distanciamiento de sus familiares que han cumplido el rol de cuidadores (16,17).

Fantasías sobre el donante: Depende de la procedencia del órgano

Donante cadáver: Algunos pacientes pueden fantasear con las características físicas y emocionales del donante, lo que puede generar ideas de culpa "*culpa del sobreviviente*", pueden también intentar ignorar el origen del órgano, como una especie de temor a "*estar en deuda*", pueden aparecer ideas de "*yo lo merezco*" (16,19).

Donante vivo: Se puede establecer una relación conflictiva entre el receptor, que habitualmente es un miembro de la familia y el donante.

Se ha descrito el Síndrome Psiquiátrico Paradójico descrito por Fukunishi (16), que puede manifestarse independiente del éxito del trasplante. Consta de cuatro elementos.

1. Conflictos asociados al trasplante: Ideas de culpa respecto del bienestar del trasplante.
2. Síntomas adaptativos: Depresivos, ansiosos, somatizaciones.
3. La reacción ocurre como una complicación tardía: Dentro del primer año después del trasplante hepático.
4. Un estado médico favorable, tanto en donantes como en receptores.

Insatisfacción con la imagen corporal: Algunos pacientes tienen dificultad para integrar el órgano trasplantado y lo perciben como un cuerpo extraño capaz de introducir rasgos del donante (20). Esto fue denominado Síndrome de Frankenstein (21) en pacientes con trasplante hepático, debido a que el paciente se sentía "*confeccionado con órganos de un cadáver*". La insatisfacción con la imagen corporal se asocia a aumento de síntomas ansiosos y depresivos así como a expectativas más negativas.

En los trasplantes de cara y mano es uno de los factores importantes a considerar al ser visible el injerto.

CONCLUSIONES

El impacto psicológico de la indicación de un trasplante de órgano sólido o VCA afecta tanto al paciente como a su familia, con el riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica.

La evaluación por psiquiatra en el equipo de trasplante cumple la función de identificar factores de riesgo, evaluar el funcionamiento cognitivo y el estado emocional tanto del paciente receptor como también del donante en los casos de donante vivo.

Manejar el proceso de adaptación psicosocial y sintomático del paciente y de su familia en las diferentes etapas del trasplante disminuye el riesgo de desarrollo de patología psiquiátrica y mala adherencia al tratamiento con el consecuente rechazo del órgano.

En la actualidad no existe evidencia para excluir a pacientes como receptores de un trasplante basándose en el antecedente de patología psiquiátrica previa o comorbilidad psiquiátrica al momento de la evaluación si esta es diagnosticada y bien controlada previo al trasplante.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas GO, Krauskopf PV, Umaña JA, Erazo R. Intervención Psiquiátrica en Programa de Trasplantes. *Rev.Med.Clin.Condes* 2010;21 (2) 286-292.
2. Menchon JM, González A, Aymami N, Barjau R., Serrano F. *Interconsulta Psiquiátrica (pp 501-511)* J.E Rojo y E. Cirera (Dir). Barcelona: Masson S.A.
3. Garcia-Flores JA y cols. Evaluación psicológica y social del paciente receptor del trasplante renal. *Revista Mexicana de Trasplantes* vol 3, Núm 3. Diciembre 2014 pp 95-101.
4. Twillman RK, Manetto C, Wellisch DK, et al: The Transplant Evaluation Rate Scale: a revision of the Psychosocial Levels System for evaluating organ transplant candidates . *Psychosomatics* 1993; 144-153.
5. Presberg BA, Levenson JL, Olbrisch ME, et al. Rating Scales for the Evaluation of Organ Transplant Candidates: comparison of PACT and TERS with bone marrow transplant patients. *Psychosomatics* 1995;36: 458-461.
6. Maldonado JR, Dubois HC, David EE, Sher Y, Lolak S, Dyal J, et al. The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): A New Tool for the Psychosocial Evaluation of Pre- Transplant Candidates. *Psychosomatics* 2012; 53:2 123-132.
7. Faeder S, Moschenross D, Rosenberger E, Dew MA, Di Martini. *Psychiatric Aspects of Organ Transplantation and Donation*. *Curr Opin Psychiatry*, 2015 September;28 (5):357-364.
8. Stewart KE, Hart RP, Gibson DP, et al. Illness apprehension, depression, anxiety , and quality of life in liver transplant candidates : implications for psychosocial interventions. *Psychosomatics*. 2014;55(6):650-658.
9. Coffman KL, Siemionow MZ. Face Transplantation: Psychological Outcomes at Three year Follow Up. *Psychosomatics* 2013;54:372-378.
10. Kumnig M, Jowsey- Gregoire SG. Key psychosocial challenges in vascularized composite allotransplantation. *World J Transplant*.2016 Mar 24;6 (1):91-102.
11. Gullledge AD, Buszta C, Montague DK. *Psychosocial Aspects of Renal Transplantation*. *Urol Clin North Am* 10:327, 1983.
12. Favaro A, Gerosa G, Caforio AI, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: the relationship with outcome and adherence to medical treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:1.
13. Olbrisch ME, Benedict SM, Ashe K, et al. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:771.
14. Stukas AA, Dew MA, Switzer GE, et al. PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics* 1999;40: 212.
15. Corbett C, Armstrong M, Parker R, Webb K, Neuberger J. *Transplantation* 2013; 96:593-600.
16. Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. *Psychiatric Disorders Before and After Living -Related Transplantation*. *Psychosomatics* 2001. Jul-Aug;42 (4):337-43.
17. Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Galán Rodríguez A. Problemas Psicológicos asociados al Trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psychol*, 2005 .Vol .5, Nº1.
18. Dew MA, Kormos RL, Di Martini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, Griffith BP. Prevalence and risk of depression and anxiety- related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 2001. 42, 300-313.
19. Iruela LM, Merino J, Lombardía C. *Psiquiatría de Enlace en los enfermos trasplantados*. *Monografías de Psiquiatría*. 1995. 3, 36-39.
20. House RB, Thompson TI, *Psychiatric Aspects of organ transplantation*. 1988. *Journal of the American Medical Association*, 260, 535-539.
21. Dubovsky S, Metzner JL, Warner RB. *Problems with internalization of transplanted liver* . *American Journal of Psychiatry*. 1979, 136, 1090-1091.

DELIRIUM EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

DELIRIUM IN ONCOLOGIC PATIENT

DR. CRISTIAN FUENTES (1) (2), DRA. MARÍA SCHONFFELDT (3), DR. OCTAVIO ROJAS (1) (2), PS. MARÍA DE LOS ÁNGELES BRIGANTI (1), DR. MAURICIO DROGUETT (1) (2), DR. EMILIO MUÑOZ (1) (2), DRA. CATHERINE IRIBARNE (1) (2), DRA. VANIA KRAUSKOPF (1) (2), PS VERÓNICA ROBERT (1).

(1) Unidad de Psicooncología, Centro Clínico del Cáncer, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(3) Mutual Chilena de Seguridad. Santiago, Chile.

Email: cfuentesf@clc.cl

RESUMEN

El delirium es un síndrome neurocognitivo y conductual complejo que puede aparecer durante todo el curso de la enfermedad oncológica con tasas de prevalencia entre 13 y 88%. Si bien es más frecuente en la fase final de la enfermedad, entre un 30 a 50% de los casos, son reversibles.

Se han descrito tres dominios del delirium, circadiano, cognitivo y pensamiento superior, validados estadísticamente. El estudio de la fisiopatología ha dado como resultado cuatro hipótesis tales como la hipótesis neuroinflamatoria, envejecimiento celular, estrés oxidativo y déficit de neurotransmisores.

Hay varias características del delirium en oncología que merecen particular atención tanto en su diagnóstico, factores precipitantes y tratamiento.

El estándar actual para el diagnóstico son el DSM-V y CIE-10, y algunas herramientas como el Cognitive Assessment Method (CAM) son utilizadas para el tamizaje de los pacientes.

El tratamiento se basa en la prevención, para lo que existen protocolos, e identificación y manejo de factores precipitantes. El haloperidol es el fármaco de elección, aunque otros antipsicóticos de segunda generación pueden ser una alternativa válida.

En cuidados paliativos, los antipsicóticos deben ser utilizados con precaución.

Está pendiente el desarrollo de más y mejor investigación en pacientes oncológicos en particular para estandarizar herramientas diagnósticas, así como su prevención y tratamiento.

Palabras clave: Delirium, oncología, CAM, síndrome neurocognitivo.

SUMMARY

Delirium is a complex neurocognitive and behavioral syndrome, which can manifest itself at any time during the course of the oncologic disease, with rates of prevalence between 13% and 88%. Although more frequently associated with the final phase of the disease, between 30% and 50% of cases are reversible.

Three core domains have been described and statistically validated for delirium: circadian, cognitive and higher-order thinking. The study of its pathophysiology has resulted in four hypotheses such as the neuroinflammatory hypothesis, neuronal aging, oxidative stress and neurotransmitter deficiency.

There are several characteristics of delirium in oncology which deserve special attention whether in its diagnosis, precipitating factors and treatment.

The current standard for diagnosis are the DSM-V and CIE 10 manuals, and some tools such as the Cognitive Assessment Method (CAM) are also used for screening.

Treatment is based on prevention (for which protocols exist), identification and management of precipitating factors. Haloperidol is the preferred agent where pharmacologic treatment is needed, although other second-generation antipsychotics can be a viable alternative. In palliative care, antipsychotics must be used with caution.

More and better research is needed in oncology patients, particularly regarding the standardization of diagnostic tools, as well as its prevention and treatment.

Key words: Delirium, oncology, CAM, neurocognitive syndrome.

INTRODUCCIÓN

El delirium es un síndrome neurocognitivo y conductual complejo que puede aparecer durante todo el curso de la enfermedad oncológica, pudiendo ser incluso el primer síntoma. Se presenta principalmente en pacientes hospitalizados y con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades graves o avanzadas (1).

En un estudio realizado por Hosie A., et al. (2013), se revisó la literatura existente de delirium en pacientes en cuidados paliativos. Entre los resultados encontraron una amplia variabilidad de resultados, dado que las herramientas de tamizaje no están completamente estandarizadas, tasas de prevalencia que van entre los 13 y 88% y tasas de incidencia, entre 3 y 45%. La prevalencia se eleva considerablemente en pacientes que fallecen a las horas o pocas semanas (entre 58 y 88%) después de la evaluación. En los estudios en que se utiliza DSM IV para el diagnóstico, la prevalencia varía entre 42 y 88% y la incidencia 40.2 a 45%. Entre los tipos de delirium, el 68 a 86% de los casos correspondía a delirium hipoactivo (2). Si bien en otros estudios el diagnóstico clínico más frecuente es el de delirium hiperactivo (3).

El delirium se asocia con aumento de la morbimortalidad, genera dificultades personales y familiares y es una carga económica importante para todo el sistema de salud (4,5).

En pacientes con cáncer avanzado, un delirium que persiste es un factor de riesgo independiente de sobrevivida a corto plazo (6). Si bien, un 30 a 50% de los casos de delirium en cuidados paliativos son reversibles, en enfermos terminales por lo general es irreversible (Delirium terminal)(7,8).

Esta situación plantea un desafío en la toma de decisiones para el equipo médico en cuanto al nivel de intervención y los objetivos del tratamiento (9).

A pesar de ser un síndrome frecuente, es usualmente subdiagnosticado, un 22 a 50% no se detecta en la práctica clínica, de hecho, no es habitual que el equipo médico se refiera a "delirium" ni que sea evaluado de rutina (10, 11), siendo esto especialmente importante en el delirium hipoactivo.

La edad avanzada y demencia son factores de riesgo de delirium (12), por otra parte el cáncer es más frecuente en pacientes de edad avanzada (13) y nuestra población está envejeciendo, todo lo anterior nos lleva a plantear que es muy probable que este desafío clínico se haga cada vez más frecuente y relevante con el paso de los años.

Es habitual que el paciente oncológico se vea en la necesidad de optar por distintas alternativas terapéuticas con ventajas y desventajas y se pida la evaluación del psiquiatra para evaluar la capacidad del paciente. En este punto el diagnóstico y

manejo del delirium es fundamental, puesto que puede o no ser una situación reversible de pérdida de capacidad en la toma de decisiones en salud (14).

El diagnóstico, identificación de factores etiológicos e intervenciones farmacológicas y no farmacológicas son parte fundamental del rol del psiquiatra en los equipos de oncología y cuidados paliativos (11, 15, 16).

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de delirium se realiza mediante una acuciosa evaluación clínica y el uso de manuales diagnósticos de referencia (17).

Los elementos claves para el diagnóstico son un cuadro de inicio agudo y sintomatología de carácter fluctuante, tales como inatención, alteración del estado de conciencia y alteraciones cognitivas (como desorientación, fallas de memoria, cambios en el lenguaje, entre otros). Otros síntomas que apoyan el diagnóstico son alteraciones del ciclo sueño vigilia y de la sensor-percepción (alucinaciones o ilusiones), delirios, alteraciones de la psicomotricidad (hiper o hipoactividad), comportamiento inapropiado y labilidad emocional (18).

Los estándares actuales para el diagnóstico son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual de Trastornos Mentales, 5^{ta} edición (DSM-5), ambos basados en la mejor y más reciente evidencia y que cuentan con el consenso de los expertos (19, 20).

Los criterios diagnósticos son:

- A.** Alteración de la atención: Capacidad disminuida de dirigir, enfocar, sostener o cambiar la atención y alerta (disminución de la orientación al ambiente).
- B.** La alteración aparece en un corto período de tiempo (horas o pocos días), representa un cambio del estado basal de atención y alerta y tiende a fluctuar en severidad durante el curso del día
- C.** Otra alteración cognitiva: Déficit de memoria, desorientación, lenguaje, habilidad visuoespacial o percepción.
- D.** Los criterios A y C no se explican mejor por otra patología neurocognitiva preexistente, establecida o en evolución y no ocurre en el contexto de una grave disminución de conciencia como un coma.
- E.** Existe evidencia en la historia, examen físico o hallazgos de laboratorio que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o privación de sustancias (ej. Por drogas de abuso o por medicamentos) o exposición a toxinas o de múltiples etiologías.

Actualmente los criterios diagnósticos gold standard en investigación son CIE-10 y DSM-5 (21), sin embargo, la mayoría de la información disponible utiliza versiones anteriores al DSM-5, por ser más fáciles de operacionalizar en herramientas amigables y sencillas de utilizar como el método de evaluación de delirium CAM (*Confusion Assessment Method*), el cual está basado en los criterios DSM-III-R y tiene un extenso uso en hospitales generales por su rapidez, fácil utilización, que cuenta con versiones para emergencias, UCI, enfermería, entre otros (17, 18). Si comparamos el diagnóstico utilizando los criterios del DSM-IV con CIE -10, el primero resulta más inclusivo; en un estudio en 425 pacientes, un 24.9% cumplía los criterios DSM IV contra un 10.1% los del CIE 10 (22).

Si bien la entidad clínica del llamado delirium subsindromático fue descrita en el año 1983 por Lipowsky (23), aún es un tema controversial. Si bien los criterios diagnósticos no están del todo establecidos y no hay consenso de la unidad diagnóstica, esta entidad está incluida en el DSM-5 como "síndrome atenuado de delirium" (20, 24).

Una mirada interesante que se le da a esta patología es la del estudio de Cole et al. (2013), donde se revisa y discute la bibliografía disponible acerca de la persistencia de los síntomas, planteando que el diagnóstico de delirium, en un 20 a 40% de los enfermos, con o sin demencia, correspondería a un trastorno cognitivo crónico caracterizado por fluctuaciones, con períodos de exacerbación aguda, que corresponderían a "episodios de delirium". Cada episodio de delirium aumentaría la frecuencia de los síntomas y su persistencia en el tiempo. El delirium persistente, la recuperación parcial y el delirium subsindromal serían el reflejo de la neurotoxicidad subyacente (25).

Por otra lado, Franco et al (2013) (26) realizó un estudio exploratorio y confirmatorio con 445 pacientes sin demencia, basándose en el puntaje DRS-R-98 (herramienta de 16 items, 3 de ellos de diagnósticos y 13 de severidad (27)), validándose el diagnóstico de delirium subsindromático que se clasificaría como leve en dicha escala versus el cuadro de delirium completo que tiene puntajes moderados y severos. Pero además, a través del análisis estadístico identifica tres dominios del delirium, abriendo la puerta para estudios en fenotipos específicos. Los dominios descritos son:

1. Dominio Circadiano

- a. Ciclo sueño vigilia
- b. Comportamiento motor

2. Dominio Cognitivo

- a. Orientación
- b. Atención
- c. Memoria de corto plazo
- d. Memoria de largo plazo
- e. Habilidad visuoespacial

3. Dominio de pensamiento superior

- a. Lenguaje
- b. Procesamiento mental.

Desde un punto de vista práctico, para el diagnóstico de delirium es fundamental obtener la historia de algún observador informado (ej. familiar, cuidador, enfermera de turno) y realizar una evaluación cognitiva. La historia clínica es esencial para diferenciar delirium de demencia, o depresión de un delirium hipoactivo. La evaluación temprana permitirá establecer el estado basal del paciente, y facilitará identificar fluctuaciones o cambios agudos del estado mental. También se pueden utilizar cuestionarios como Mini-Cog o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), siendo las preguntas específicas que evalúan orientación y atención las de mayor utilidad, por ejemplo: nombrar los días de la semana (no se admiten errores), nombrar los meses del año desde diciembre hacia atrás (1 error), restar de 7 en 7 a 100 (1 error para 5 restas) o repetir series de dígitos al revés (tres o más).

Dada la potencial gravedad del cuadro y el mal pronóstico, cualquier paciente que no logre completar la entrevista, o exista la sospecha de una alteración en atención o cognición, debe ser tratado como delirium hasta demostrar lo contrario. Con lo anterior nos referimos a proteger la seguridad del paciente, identificar la o las causas y manejar los síntomas (17).

Las posibles etiologías a estudiar se pueden organizar como (3):

1. **Patología médica:** Cáncer, neurológica, cardíaca, pulmonar.
2. **Complicaciones sistémicas de problemas médicos:** Anemia, infección, sepsis, desbalance hidroelectrolítico, alteración de glicemia, alteraciones metabólicas, encefalopatía renal, hepática o falla pulmonar.
3. **Patología del sistema nervioso central:** ACV, infección, vasculitis, tumor SNC, metástasis cerebrales.
4. **Déficit nutricional:** Tiamina, ácido fólico, vit B12.
5. **Toxicidad por drogas:** Quimioterapia, terapias biológicas, opioides, esteroides, drogas anticolinérgicas y drogas psicoactivas, así como otros tratamientos como radioterapia.

FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos fisiopatológicos del delirium son complejos, sin embargo, su comprensión es relevante en los pacientes oncológicos puesto que permiten diseñar estrategias de manejo.

El modelo predictivo desarrollado por Inouye es ampliamente aceptado para el delirium en población general y se sustenta en la relación entre factores predisponente y factores precipitantes de episodios agudos, estos últimos, en general, son difíciles de estudiar y cuentan con evidencia menos sólida. Sin embargo, los factores propuestos no pueden ser extrapolados sin análisis a paciente con cáncer o en cuidados paliativos. En

vista de lo anterior, el modelo de Inouye es la base del modelo propuesto por Lawlor P et al., quienes lo modificaron para pacientes oncológicos, en diferentes escenarios tales como servicios de urgencias, cirugía, medicina, etc., a partir de la revisión de modelos predictivos validados, cohortes prospectivos, estudios transversales y retrospectivos (28, 29).

Las Tabla 1 y 2 muestran los factores predisponentes y precipitantes, sin embargo, no explican los mecanismos neurales. Estos últimos son complejos y se han desarrollado varias hipótesis, a los largo de los años, que se han ido complementando.

TABLA 1. Factores de riesgo potenciales para delirium

ENFERMEDAD INTRACRANEAL NO ONCOLÓGICA
Demencia
Edad Avanzada
Depresión
Historia de abuso de alcohol
Historia de ACV
Delirium previo
ENFERMEDAD INTRACRANEAL ONCOLÓGICA
Neoplasia cerebral primaria
Metástasis cerebral o meníngea
Deterioro cognitivo post quimioterapia?
Déficit cognitivo post radiación?
FACTORES DE VULNERABILIDAD SISTÉMICA
Anorexia - caquexia?
Fragilidad?
Hipoalbuminemia
Inflamación crónica relacionada a cáncer?
Disminución de la funcionalidad
Disfunción de órgano asociado a cáncer
Severidad de la enfermedad
MISCELÁNEO
Visión disminuida
Audición disminuida
Apnea del sueño
Polifarmacia
Baja escolaridad o reserva cognitiva

TABLA 2. Factores precipitantes para delirium en cáncer

PATOLOGÍA INTRACRANEAL
Cáncer cerebral primario
Metástasis cerebral o meníngea
Encefalitis paraneoplásica
Fase post ictal
Estatus epiléptico no convulsivo
Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible
Edema cerebral post irradiación cerebral.
Accidente cerebrovascular
MEDICACIÓN PSICOACTIVA
Opioides
Benzodiazepinas
Antidepresivos
Antihistamínicos
OTRA MEDICACIÓN
Quimioterapia citotóxica
Corticoesteroides
Quinolonas
PRIVACIÓN DE MEDICACIÓN O SUSTANCIAS
Alcohol, benzodiazepinas, opioides
INFECCIÓN O SEPSIS
En cualquier lugar, incluso en vía venosa
DISFUNCIÓN O FALLA DE ÓRGANOS
Renal, hepática, cardíaco, respiratorio
ENDOCRINO
Hipotiroidismo
Hipoglicemia, hipoadrenalismo
ALTERACIONES METABÓLICAS O HIDROELECTROLÍTICAS
Alteración del sodio
Deshidratación o hipovolemia
Alteración de magnesio
Hipercalemia
Acidosis, hipoxia
Déficit de tiamina
MISCELÁNEO
Inserción de catéter urinario
Cirugía
Dolor no controlado
Cambio de habitación

Ref. 28. Traducido de Lawlor PG, Bush SH. *Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management* Nat. Rev. Nat Rev Clin Oncol. 2015 Feb;12(2):77-92.

A continuación se expone un resumen de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en delirium (28,30).

Hipótesis neuroinflamatoria

Esta se basa en la probable activación del proceso de inflamación cerebral como resultado de la inflamación periférica, sistémica o asociada a sepsis. Existe evidencia de la presencia de inflamación sistémica asociada al delirium (31, 32), sin embargo, el rol de la inflamación crónica producida por el avance de la enfermedad oncológica no está del todo claro. La barrera hematoencefálica se altera aumentando su permeabilidad ante la inflamación sistémica, la hipoxia y el dolor. Como consecuencia, los mediadores inflamatorios pueden llegar al sistema nervioso central, así también podrían pasar moléculas proalgésicas o metabolitos de opioides proexitatorios. La llegada de estas moléculas al sistema nervioso central desencadenan una respuesta inflamatoria que puede generar alteraciones en neurotransmisores, cambios endocrinos, disfunción celular o muerte celular y la manifestación clínica de delirium.

Hipótesis del envejecimiento celular

Esta hipótesis favorece la comprensión del delirium en pacientes de edad avanzada o con una demencia previa, ésta sugiere que dichas condiciones suponen una vulnerabilidad mayor ante la inflamación sistémica u otros factores precipitantes.

Se ha propuesto que el déficit de acetilcolina asociado a la edad, a demencia y el uso de fármacos anticolinérgicos, disminuye el control inhibitorio de la acetilcolina, resultando en una hiperactivación de la microglia. Esto puede dar cuenta tanto del inicio del delirium como de su persistencia, incluso si el factor precipitante fue controlado (33).

Hipótesis del estrés oxidativo

Esta hipótesis se basa en la premisa del aumento de la demanda metabólica y consumo de oxígeno en presencia de una enfermedad grave, hipoxia, hipoperfusión y/o infección; reduciendo el metabolismo oxidativo del cerebro.

Como consecuencia del estrés oxidativo, la bomba ATPasa falla, provocando cambios en los electrolitos como el aumento del calcio intracelular que afecta el funcionamiento neuronal. Además el estrés oxidativo provoca un exceso de glutamato, dopamina y noradrenalina. Esta teoría se relaciona con la anterior, puesto que la disminución de la oxigenación, además de disminuir la glucosa, disminuye la producción de acetilcolina con las consecuencias ya descritas (30).

Hipótesis de los neurotransmisores

Esta hipótesis se refiere a las alteraciones de neurotransmisores que se han encontrado en delirium, tales como la disminución de acetilcolina, alteraciones en el ácido gamaaminobutírico (GABA) y en 5-Hydroxytriptamina (5-HT) y dopamina.

La acetilcolina es importante para la atención y alerta, y su déficit junto al exceso de dopamina parecen ser la vía final común del delirium.

Sin embargo, varios medicamentos tienen metabolitos anticolinérgicos y no se han podido relacionar con delirium, y además, los fármacos que inhiben la acetilcolinesterasa no han mostrado eficacia en el tratamiento del delirium.

TRATAMIENTO

El panel de consenso del cuidado del final de la vida de la sociedad Americana de Medicina Internal (34), la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA)(35), la Coalición Canadiense para la salud mental de personas mayores (36), la Asociación Europea de Delirium (EDA) (37) y el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) (38, 39), han publicado guías para el manejo del delirium, las cuales son de utilidad en oncología y cuidados paliativos, sin embargo, la revisión realizada por Bush et al, deja en evidencia la necesidad de estudios y guías de mejor calidad (40).

PREVENCIÓN

El objetivo primario para el tratamiento del delirium es la prevención, este tipo de intervención ha mostrado ser efectiva en población general en disminuir la incidencia, las recaídas y los costos asociados al tratamiento.

El modelo más ampliamente utilizado es el *Hospital Elder Life Program* (HELP). Esta intervención no farmacológica busca actuar sobre los factores de riesgo de delirium. Requiere de un equipo multidisciplinario entrenado y dedicado a esta función. Los protocolos de intervención se definen para cada factor de riesgo:

1. Deterioro cognitivo

Orientación: Pizarra con la fecha y nombres de los miembros del equipo, orientar mediante la comunicación), actividades terapéuticas (estimulación cognitiva tres veces al día, por ej comentar actualidad, juegos de palabras, estructurar recuerdos.

2. Privación de sueño

Protocolo no farmacológico: Antes de dormir: leche o té de hierbas, música de relajación, masaje de espalda. Protocolo de mejoría del sueño, ajustar horarios de evaluaciones y procedimientos, disminuir el ruido en la unidad.

3. Inmovilidad

Protocolo de movilización temprana: Deambular o elongaciones activas, disminuir equipo que dificulta movilidad, por ej: contención física, sonda *folley*.

4. Visión disminuida

Protocolo de visión: Lentes, lupas, teléfono con números grandes, tapé fluorescente en la campana para pedir asistencia, reforzando diariamente su uso.

5. Audición disminuida

Protocolo de audición: Proveer audífonos, retirar tapones de cera, técnicas de comunicación especial.

6. Deshidratación

Protocolo de deshidratación: Detección precoz y proveer volumen, reforzar ingesta oral de líquidos (41).

Este protocolo ha sido ampliamente estudiado y se utiliza en más de 200 hospitales en el mundo con algunas adaptaciones locales (42) y sus resultados han sido replicados posteriormente (43).

Si bien las intervenciones descritas a continuación han sido probadas con éxito en pacientes críticos y adultos mayores (44), un estudio no mostró diferencias en la incidencia de delirium en pacientes con enfermedad oncológica terminal en que se utilizó un protocolo de prevención versus grupo control. Sin embargo, dicho estudio tiene críticas metodológicas importantes, por lo que sería interesante su replicación (45).

En cuanto a la prevención farmacológica, por el momento no está recomendada, si bien la melatonina se perfila como potencial herramienta terapéutica (46).

REVIRTIENDO EL DELIRIUM

En el caso particular de los pacientes oncológicos, la revisión de Lawlor et al 2014, sugiere apuntar las intervenciones a los factores precipitantes reversibles descritos en la tabla 2, que incluye las principales causas de delirium (28).

Un estudio en una unidad de cuidados paliativos, mostró un promedio de tres factores precipitantes para un episodio de delirium, lo que remarca su origen multifactorial y la necesidad de manejo multidisciplinario. Se estima que un 50% de los episodios de delirium son reversibles, especialmente los que son consecuencia de infecciones, medicación y alteraciones hidroelectrolíticas (47-49).

AJUSTE DE MEDICACIÓN

El delirium inducido por medicación es una de las situaciones clínicas más frecuentes en pacientes con cáncer avanzado (47). Esto es de particular preocupación en población de edad avanzada (no oncológica), incluso Inouye S et al 2014, propone que el uso de sedantes o antipsicóticos en adultos mayores tiene un impacto favorable para el equipo médico, pero no en el pronóstico del paciente y que estos solo cambiarían un deli-

rium hiperactivo en uno hipoactivo, que a su vez en general no se diagnostica. Además, la evidencia sugiere que este tipo de fármacos prolongaría el cuadro y podría empeorar el pronóstico, poniendo énfasis en las medidas preventivas (17).

Un tema relevante es el uso de opioides, dado que la mayoría de los pacientes con patologías oncológicas avanzadas son usuarios de éstos, y si bien el dolor es un factor de riesgo de delirium, el uso de estos medicamentos también lo es. Además, la neurotoxicidad inducida por opioides provoca como síntomas sedación, alucinaciones (visuales y táctiles), *mioclonus*, convulsiones, hiperalgesia y/o alodinia. La recomendación es que en pacientes con delirium y dolor controlado, se debe intentar disminuir la dosis gradualmente a una dosis equivalente de un 30 a 50% de otro opioide, es decir, se recomienda la rotación de opioides.

Otros medicamentos que se asocian a delirium son las benzodiazepinas y antidepresivos. Por otro lado, si bien los datos acerca de medicación anticolinérgica son contradictorios, se recomienda evitarlos.

En general, la medicación deliriogénica debiera retirarse lentamente para evitar que la abstinencia favorezca también la aparición del cuadro (48).

ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y ENDOCRINAS

Las alteraciones hidroelectrolíticas que se asocian a delirium con mayor frecuencia son la hipercalcemia, hiponatremia e hipomagnesemia.

Estas alteraciones pueden ser provocadas en el contexto de un síndrome paraneoplásico (hipercalcemia maligna), como consecuencia de la quimioterapia o por una suma de varios factores.

El manejo habitual incluye, en el caso de la hipercalcemia el uso de bifosfonatos y de ser necesario, denosumab (50). Para la hiponatremia el tratamiento habitual consiste en restricción hídrica, soluciones hipertónicas y en algunos casos antagonistas de vasopresina; finalmente para la hipomagnesemia, la administración de magnesio (51).

La hipoglicemia es otro factor precipitante frecuente, que puede presentarse tanto en patología pancreática como en otros tipos de cáncer. El manejo puede incluir glucosa, glucagón, corticoesteroides, entre otros. (51).

También deben considerarse otras alteraciones como déficit de vitamina D, tiamina o hipotiroidismo (52-54)

Por último, un factor precipitante frecuente es la deshidratación, por lo que la mayoría de las guías y revisiones coinciden en siempre velar por su diagnóstico y manejo precoz.

PRECIPITANTES INTRACRANEALES Y OTROS

Un estudio retrospectivo mostró una frecuencia de delirium de 29% en tumores de células gliales grado III y IV y de 46% en metástasis cerebrales (55).

Las lesiones cerebrales no sólo se han relacionado con delirium, sino también con síntomas subsindromales (24) y en ocasiones el delirium puede ser el primer síntoma de una neoplasia cerebral o extracerebral (56).

Existe otro grupo de patologías además del tumor primario y metástasis que pueden precipitar un delirium en un paciente oncológico (detalladas en tabla 2), tales como encefalitis paraneoplásica, enfermedad de la leptomeninges, fase post ictal, estatus epiléptico no convulsivo y síndrome de encefalopatía posterior reversible. La evidencia acerca de la reversibilidad de estos factores es limitada, por este motivo, el estudio y nivel de intervención tiene que ir en concordancia con el pronóstico y las expectativas.

La enfermedad de leptomeninges aparece generalmente en patología de estadios avanzados, sin embargo, existen casos en que su tratamiento puede beneficiar el estado mental del paciente.

El síndrome paraneoplásico es producido por anticuerpos contra antígenos del tumor idénticos a antígenos neuronales (antígenos onconeuronales), es una patología poco frecuente (menor a 0.01%) excepto en Tumor de células pequeñas (3 a 5%), Timomas (15 a 20%) y en neoplasias de células plasmáticas o células B (3 a 10%). Si bien puede provocar delirium, el cuadro clínico global tiene características específicas que debieran orientar el diagnóstico.

Sin embargo, su diagnóstico precoz es importante para el tratamiento oncológico oportuno y disminuir el riesgo de daño neurológico (57).

El estatus epiléptico no convulsivo se diagnostica con EEG, y una vez detectado puede ser tratado con benzodiazepinas como lorazepam, esto corresponde a una excepción del uso de benzodiazepinas en delirium.

Si bien los corticoides son agentes que pueden producir o agravar un delirium, su uso está indicado en el tratamiento del edema cerebral peritumoral, dado que los corticoides pueden ser efectivos en mejorar el alerta y comunicación en delirium y síntomas subsindromales (58).

La quimioterapia puede ser un factor descompensante por diversos mecanismos; tales como a través de desbalance hidroelectrolítico producido por ciertos agentes quimioterapéuticos, por acción directa al atravesar la barrera hematoencefálica

y su acumulación en tejido cerebral (59) y en quimioterapia intratecal, donde puede desarrollarse delirium las 24-48 horas, siendo el tratamiento sintomático y su recuperación completa (57).

La encefalopatía reversible posterior es un cuadro clínico recientemente descrito (60) que se caracteriza por edema cerebral corroborado por estudios de neuroimagen con una presentación clínica variada, habitualmente compromete la sustancia blanca occipital y parietal, pero con menor frecuencia puede afectar la sustancia gris y otros lóbulos. Por lo general evoluciona hacia mejoría, pero ocasionalmente puede dejar secuelas. Se ha asociado a fármacos utilizados en quimioterapia tales como Cisplatino, Gemcitabina y Bevacizumab (61-63).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Al revisar el manejo farmacológico es fundamental tener en cuenta el tipo de paciente a tratar. Existe evidencia de manejo de delirium en población general, en ancianos, en cáncer y cuidados paliativos que difieren en algunos aspectos.

La mayoría de los estudios en pacientes oncológicos tienen dificultades metodológicas que no permiten realizar recomendaciones absolutas, y de la misma forma la FDA no ha aprobado el uso de ninguna droga con este fin.

Breitbart en su revisión del 2012 enumera estas dificultades metodológicas, por ejemplo estudios retrospectivos, estudios abiertos, tamaños muestrales pequeños, muestras heterogéneas, carecen de evaluación sistemática de los efectos adversos, no diferencian entre subtipos de delirium o falta de grupo control y por último, otros no tienen seguimientos como el tiempo de delirium, duración de la hospitalización y cambios en el pronóstico (64).

A estas dificultades se debe sumar, como se mencionó anteriormente, que una parte importante de la población con delirium son adultos mayores y la FDA realizó una advertencia de riesgo de aumento de mortalidad con antipsicóticos de segunda generación que luego se extendió a la primera generación (65- 67).

A pesar de lo descrito, en general, las revisiones y guías clínicas coinciden en el uso de Haloperidol como primera línea de tratamiento en delirium hiperactivo por corto tiempo (34-40, 64, 68) y es el fármaco de elección de la mayoría de los especialistas de cuidados paliativos (69).

Por ejemplo, en un estudio de farmacovigilancia en 119 pacientes se observó mejoría clínica del delirium a las 48hrs con haloperidol en una dosis promedio de 2.1mg en un tercio de los pacientes (88% tenían diagnóstico de cáncer). Los efectos adversos fueron somnolencia y retención urinaria en un 12% de los pacientes (al décimo día de seguimiento) (70).

La mayoría de los estudios se realizan en pacientes con delirium hiperactivo, en este grupo de pacientes, más del 70% presentan alucinaciones y delirios. Contrario a lo que se creía, nueva evidencia muestra altas tasas de alucinaciones y delirio también en pacientes con delirium hipoactivo. En un estudio, del total de pacientes con delirium hipoactivo, un 50.9% presentaba alteraciones de la sensorpercepción y un 43.4% delirios. (71).

La revisión de Grassi L et al 2015, para el manejo del delirium en pacientes en cuidados paliativos, también considera el uso de antipsicóticos de segunda generación (3). Los antipsicóticos de segunda generación comparten con los de primera generación el bloqueo del receptor de dopamina, aunque en menor proporción y agregan un antagonismo del receptor 5HT2A que les entrega un mejor perfil de efectos secundarios. El uso de estos medicamentos en el tratamiento del delirium ha ido en aumento, incluso llegando al 50% de los pacientes en cuidados paliativos (72).

Entre los antipsicóticos de segunda generación Olanzapina ha mostrado ser útil y segura y se han identificado factores de mala respuesta: mayor de 70 años, demencia, cáncer de sistema nervioso central, hipoxia, delirium hipoactivo o delirium severo (73-74).

Tanto risperidona como quetiapina han mostrado ser de utilidad y con resultados comparables a haloperidol en el manejo de los síntomas de delirium, teniendo Quetiapina un perfil más sedante (75-77).

Otros antipsicóticos atípicos como aripiprazol y ziprazidona han tenido resultados positivos en delirium, pero, no han sido probados en pacientes oncológicos.

No existe evidencia de que los psicoestimulantes sean de utilidad en el manejo del delirium hipoactivo (64), tampoco se recomienda el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa por un posible aumento de la mortalidad observado en pacientes con delirium en una unidad de cuidados críticos en pacientes tratados con Rivastigmina (78-80).

Por último la dexmedetomidina es un agonista del receptor alfa2 que reduce el output central del sistema simpático produciendo analgesia y sedación. A pesar del efecto sedante no produce depresión respiratoria (la diferencia de las benzodiazepinas y el riesgo de neumonía aspirativa asociado a antipsicóticos) además no produce deterioro cognitivo. El efecto resulta en una sedación en que el paciente puede conseguir alerta y volver a dormir rápidamente con un sueño similar a lo normal. Entre los efectos adversos se cuentan la hipotensión, bradicardia y boca seca. Dado que su metabolización se produce en el citocromo P450, particularmente en

el CYP2D6 y CYP3A4 y además se ha descrito que es capaz de inhibirlos, se deben chequear las posibles interacciones.

Por último, es importante mencionar que en un ensayo clínico randomizado de 2017 que buscaba medir la eficacia de risperidona, haloperidol y placebo en cuidados paliativos, no se encontró mejoría con el uso de antipsicóticos, incluso el delirium era levemente superior y más importante aún, el riesgo de morir aumentaría 1.5 veces. Si bien el estudio tiene algunas limitaciones, pone en evidencia la falta de datos sólidos que permitan una buena toma de decisiones en este grupo de pacientes (81).

CONCLUSIÓN

El delirium es un síndrome neurocognitivo y conductual complejo y prevalente en los pacientes oncológicos, pero no siempre es diagnosticado.

En general se asocia a mal pronóstico y en ocasiones es una manifestación de la fase final de la enfermedad, sin embargo, en cerca de la mitad de los pacientes, puede ser reversible.

Su prevención, diagnóstico, identificación de factores predisponentes y precipitantes es fundamental. Además de los aspectos médicos, es una de las situaciones que incapacita al paciente para tomar decisiones siendo potencialmente reversible.

Se han planteado distintas hipótesis fisiopatológicas que se complementan: hipótesis neuroinflamatoria, de envejecimiento celular, de estrés oxidativo y de los neurotransmisores. Dentro de estas, la de envejecimiento celular pudiera relacionarse con los cuadros descritos en el trabajo de Cole et al (2013), donde un 20 a 40% de los casos tienen un curso crónico con reagudizaciones.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de los expertos apuntan en primer lugar a la prevención y luego al manejo de los factores precipitantes.

HELP es un protocolo de prevención que ha sido ampliamente utilizado con resultados satisfactorios, pero, que en el caso de particular de cuidados paliativos debe aún probar su utilidad.

Para el tratamiento farmacológico existen varias controversias. Buena parte de la evidencia no es en población oncológica y algunas recomendaciones se extrapolan. Además, como se mencionó, muchos de los pacientes oncológicos son de edad avanzada y la FDA emitió una advertencia de aumento de mortalidad por uso de antipsicóticos en adultos mayores.

A pesar de lo descrito, se propone como primera línea el uso de haloperidol en prácticamente todas las guías clínicas, seguido por otros antipsicóticos de segunda generación que han acumulado evidencia favorable en los últimos años. La dificultad que se plantea, es que la calidad de los estudios y sus resultados no permiten obtener conclusiones absolutas, y en el caso particular de los pacientes en cuidados palia-

tivos el uso de antipsicóticos podría tener efectos desfavorables.

Está pendiente el desarrollo de mayor investigación que permita tener modelos predictivos, estandarizar herramientas de diagnóstico para pacientes oncológicos, así como su prevención y tratamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caraceni A, Grassi L. *Delirium: acute confusional states in palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. *Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review*. *Palliat Med*. 2013;27:486-98.
- Grassi L, Caraceni A, Mitchel A, Nanni M, Berardi M, Caruso R, et al. *Management of Delirium in Palliative Care: a Review*. *Curr Psychiatry Rep* 2015 17:13
- DeCrane, S. K., Culp, K. R. & Wakefield, B. *Twelve-month fall outcomes among delirium subtypes*. *J. Healthc. Qual*. 2012 Nov-Dec;34(6):13-20
- Scarpi E, Maltoni M, Miceli R, Mariani L, Caraceni A, Amadori D, et al. *Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium*. *Oncologist* 2011;16(12):1793-9
- Caraceni A, Nanni O, Maltoni M, Piva L, Indelli M, Arnoldi E, et al. *Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients*. *Italian Multicenter Study Group on Palliative Care*. *Cancer*. 2000 Sep 1;89(5):1145-9.
- Breitbart W, Strout D. *Delirium in the terminally ill*. *Clin Geriatr Med*. 2000;16(2):357-372.
- Moyer DD. *Review article: terminal delirium in geriatric patients with cancer at end of life*. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011 Feb;28(1):44-51.
- Agar, M. & Lawlor, P. *Delirium in cancer patients: a focus on treatment-induced psychopathology*. *Curr Opin Oncol*. 2008 Jul;20(4):360-6.
- Rainsford S, Rosenberg JP, Bullen T. *Delirium in advanced cancer: screening for the incidence on admission to an inpatient hospice unit*. *J Palliat Med*. 2014 Sep;17(9):1045-8.
- Centeno C, Sanz A, Bruera E. *Delirium in advanced cancer patients*. *Palliat Med*. 2004;18(3):184-194
- Ahmed S, Laurent B, Sampson EL. *Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis*. *Age Ageing*. 2014 May;43(3):326-33
- World Health Organization. *Cancer Fact Sheet No297* [online], <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> (2014)
- Rojas O. *Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana*. Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, www.cybertesis.cl
- Irwin SA, Ferris FD. *The opportunity for psychiatry in palliative care*. *Can J Psychiatry*. 2008;53(11):713-24.
- Fairman N, Irwin SA. *Palliative care psychiatry: update on an emerging dimension of psychiatric practice*. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Jul;15(7):374.
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. *Delirium in elderly people*. *Lancet* 2014 Mar 8;383(9920):911-22.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium*. *Ann Intern Med*. 1990 Dec 15;113(12):941-48.
- World Health Organisation. *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. 1992.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Leonard M, Nekolaichuk C, Meagher D, et al. *Practical assessment of delirium in palliative care*. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Aug;48(2):176-90.
- Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. *Impact of different diagnostic criteria on prognosis of delirium: a prospective study*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 18:240-244.
- Lipowski ZJ. *Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly*. *Am J Psychiatry*. 1983 Nov;140(11):1426-36.
- Leonard MM, Agar M, Spiller JA, Davis B, Mohamad MM, Meagher DJ, et al. *Delirium diagnostic and classification challenges in palliative care: subsyndromal delirium, comorbid delirium dementia and psychomotor subtypes*. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Aug;48(2):199-214
- Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Dubuc-Sarrasin M. *Subsyndromal delirium in older people: a systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 Aug;28(8):771-80.
- Franco JG, Trzepacz PT, Meagher DJ, Kean J, Lee Y, Kim JL, et al. *Three core domains of delirium validated using exploratory and confirmatory factor analyses*. *Psychosomatics*. 2013 May-Jun;54(3):227-38
- Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. *Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001 Spring;13(2):229-42.

28. Lawlor PG, Bush SH. Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management *Nat. Rev. Nat Rev Clin Oncol.* 2015 Feb;12(2):77-92
29. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA.* 1996 Mar 20;275(11):852-7.
30. Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2013 Dec;21(12):1190-222.
31. De Rooij SE, van Munster BC, Korevaar JC, Levi M. Cytokines and acute phase response in delirium. *J. Psychosom. Res.* 2007, 62, 521-525.
32. Poon DC, Ho YS, Chiu K, Chang RC. Cytokines: how important are they in mediating sickness? *Neurosci Biobehav Rev.* 2013 Jan;37(1):1-10.
33. Van Gool WA, van de Beek D, Eikelenboom P.. Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. *Lancet.* 2010 Feb 27;375(9716):773-5.
34. Casarett DJ, Inouye SK, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel. Diagnosis and management of delirium near the end of life.. *Ann Intern Med.* 2001 Jul 3;135(1):32-40
35. Trzepacz PT, Breitbart W, Franklin J, Levenson J, Martini D, Wang P. Practice guideline for the treatment of patients with delirium: American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2010 156:1-20, 199
36. Brajtman S, Wright D, Hogan DB, Allard P, Bruto V, Burne D, Gage L, Gagnon PR, Sadowski CA, Helsdingen S, Wilson K. Developing guidelines on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life. *Can Geriatr J.* 2011 Jun;14(2):40-50
37. European Delirium Association: www.europeandeliriumassociation.com visita 2017
38. NICE Guidelines CG103 Delirium: diagnosis, prevention and management. 2010.
39. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Guideline development group. Synopsis of the national institute for health and clinical excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med.* 2011 Jun 7;154(11):746-51.
40. Bush SH, Bruera E, Lawlor PG, Kanji S, Davis DH, Agar M, et al. Clinical practice guidelines for delirium management: potential application in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2014 Aug;48(2):249-58.
41. Hshieh T, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, Inouye S. Effectiveness of multi-component non-pharmacologic delirium interventions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015 Apr;175(4):512-20.
42. Caplan GA, Harper EL. Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly: the REVIVE study. *Intern Med J.* 2007 Feb;37(2):95-100.
43. Rubin FH, Neal K, Fenlon K, Hassan S, Inouye SK. Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Feb;59(2):359-65
44. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999 Mar 4;340(9):669-76.
45. Gagnon P, Allard P, Gagnon, B, Merette C, Tardif, F. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psychooncology.* 2012 Feb;21(2):187-94
46. Chen S, Shi L, Liang F, Xu L, Desislava D, Wu Q, Zhang J. Exogenous Melatonin for Delirium Prevention: a Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Mol Neurobiol.* 2016 Aug;53(6):4046-4053
47. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med.* 2000 Mar 27;160(6):786-94.
48. Gaudreau, JD, Gagnon P, Harel F, Roy MA, Tremblay A. Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients. *J Clin Oncol.* 2005 Sep 20;23(27):6712-8.
49. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara, S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001 Dec;22(6):997-1006.
50. Hu MI, Glezerman I, Leboulleux S, Insogna K, Gucalp R, Misiorowski W. Denosumab for patients with persistent or relapsed hypercalcemia of malignancy despite recent bisphosphonate treatment. *J Natl Cancer Inst.* 2013 Sep 18;105(18):1417-20.
51. Kacprowicz, R. F. & Lloyd, J. D. Electrolyte complications of malignancy. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2010 Jun;24(3):553-65.
52. Quraishi SA, Litonjua AA, Elias KM, Gibbons FK, Giovannucci E, Camargo CA Jr, et al. Association between pre-hospital vitamin D status and hospital-acquired new-onset delirium. *Br J Nutr.* 2015 Jun 14;113(11):1753-60.
53. El-Kaissi S, Kotowicz MA, Berk M, Wall JR. Acute delirium in the setting of primary hypothyroidism: the role of thyroid hormone replacement therapy. *Thyroid.* 2005 Sep;15(9):1099-101.
54. Osiezagha K, Ali S, Freeman C, Barker NC, Jabeen S, Maitra S, Olagbemi Y, Richie W, Bailey RK. Thiamine deficiency and delirium. *Innov Clin Neurosci.* 2013 Apr;10(4):26-32.
55. Gofton TE, Graber J, Carver, A. Identifying the palliative care needs of patients living with cerebral tumors and metastases: a retrospective analysis. *J Neurooncol.* 2012 Jul;108(3):527-34
56. Yamanaka R1, Koga H, Yamamoto Y, Yamada S, Sano T, Fukushima T. Characteristics of patients with brain metastases from lung cancer in a palliative care center. *Support Care Cancer.* 2011 Apr;19(4):467-73.
57. Damek DM. Cerebral edema, altered mental status, seizures, acute stroke, leptomeningeal metastases, and paraneoplastic syndrome. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2010 Jun;24(3):515-35.
58. Sarin R, Murthy V. Medical decompressive therapy for primary and metastatic intracranial tumours. *Lancet Neurol.* 2003 Jun;2(6):357-65.
59. Matsuoka H, Yoshiuchi K, Koyama A, Otsuka M, Nakagawa K. Chemotherapeutic drugs that penetrate the blood-brain barrier affect the development of hyperactive delirium in cancer patients. *Palliat Support Care.* 2015 Aug;13(4):859-64.
60. Hinchey J, Chavez C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med.* 1996 Feb 22;334(8):494-500.
61. Lou E, Turner S, Sumrall A, Reardon DA, Desjardins A, Peters KB, et al. Bevacizumab-induced reversible posterior leukoencephalopathy syndrome and successful retreatment in a patient with glioblastoma. *J. Clin. Oncol.* 2011. 29, e739-e742.
62. Sclafani, F, Giuseppe G, Mezynski, J, Collins C, Crown, J. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome and bevacizumab in breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2012. 30, e257-e259.
63. Maeda T, Kikuchi E, Matsumoto K, Yazawa S, Hagiuda J, Miyajima A, et al. Gemcitabine and cisplatin chemotherapy induced

- reversible posterior leukoencephalopathy syndrome in a bladder cancer patient. *Int J Clin Oncol*. 2010 Oct;15(5):508-11.
64. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012 Apr 10;30(11):1206-14.
 65. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: Meta-analysis of randomized placebo controlled trials. *JAMA*. 2005 Oct 19;294(15):1934-43.
 66. 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 Dec 1;353(22):2335-41.
 67. US Food and Drug Administration: Information for healthcare professionals: Conventional Antipsychotics. <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm124830.htm>
 68. Candy B, Jackson KC, Jones L, Leurent B, Tookman A, King M. Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. *Cochrane Database Systematic Reviews Issue 11 2012*. Art. No.: CD004770
 69. Lindqvist O, Lundquist G, Dickman A, Bükki J, Lunder U, Hagelin CL, et al. OPCARE9. Four essential drugs needed for quality care of the dying: a Delphi-study based international expert consensus opinion. *J Palliat Med*. 2013 Jan;16(1):38-43
 70. Crawford GB, Agar M M, Quinn SJ, Phillips J, Litster C, Michael N, et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: net effect of haloperidol for delirium. *J Palliat Med*. 2013 Nov;16(11):1335-41
 71. Boettger S, Campion P, Breitbart W, Boettger S. The phenomenology of delirium and its motoric subtypes in patients with cancer. *Ger. J. Psychiatry* 2001 March, (14), 66-71.
 72. Hatta K1, Kishi Y, Wada K, Odawara T, Takeuchi T, Shiganami T, et al. Antipsychotics for delirium in the general hospital setting in consecutive 2453 inpatients: a prospective observational study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Mar;29(3):253-62.
 73. Prommer E. Olanzapine: palliative medicine update. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Feb;30(1):75-82
 74. Breitbart W, Tremblay A, Gibson C. An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics*. 2002 May-Jun;43(3):175-82
 75. Mittal D, Jimerson NA, Neely EP, Johnson WD, Kennedy RE, Torres RA, et al. Risperidone in the treatment of delirium: results from a prospective open-label trial. *J Clin Psychiatry*. 2004 May;65(5):662-7.
 76. Hawkins SB, Bucklin M, Muzyk AJ. Quetiapine for the treatment of delirium. *J Hosp Med*. 2013 Apr;8(4):215-20.
 77. Tahir TA, Eeles E, Karapareddy V, Muthuvelu P, Chapple S, Phillips B, et al. A randomized controlled trial of quetiapine versus placebo in the treatment of delirium. *J Psychosom Res*. 2010 Nov;69(5):485-90
 78. Overshott R, Karim S, Burns, A. Cholinesterase inhibitors for delirium. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. Art. No.: CD005317
 79. Van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, Kuiper MA, Karakus A, van der Jagt M. et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. *Lancet*. 2010 Nov 27;376(9755):1829-37.
 80. Tahir TA. A review for usefulness of atypical antipsychotics and cholinesterase inhibitors in delirium. *Pharmacopsychiatry*. 2012 Jun;45(4):163
 81. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2017 Jan 1;177(1):34-42.

DOLOR CRÓNICO Y PSIQUIATRÍA

CHRONIC PAIN AND PSYCHIATRY

DRA. LINA ORTIZ MSC (1), DRA. MARITZA VELASCO (2)

(1) Magister en Neurociencias. Departamento Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Programa de Dolor. Departamento Anestesiología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: lortiz@clc.cl

RESUMEN

El dolor es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y una de las causas de consulta más frecuente en medicina. Si bien el dolor agudo tiene una función protectora, esta se pierde cuando el dolor se hace crónico o persistente y ya no tiene un valor adaptativo. En la actualidad, existe una gran cantidad de evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor, cuando no es oncológico, ya que este tiene otras características.

En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales causadas por un procesamiento psicológico alterado.

La complejidad de los mecanismos neurofisiológicos, que intervienen en el mantenimiento del dolor crónico, explica que a menudo fracasen las terapias simples, en la obtención de alivio y se ha visto una mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinarios, comparados con tratamientos médicos convencionales. Existen factores ambientales y rasgos de personalidad característicos, que facilitan la cronificación del dolor.

El éxito de un buen programa de diagnóstico y tratamiento de dolor crónico, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados depende, en gran parte, de la elaboración diagnóstica realizada en el trabajo de equipo, así como de la decisión terapéutica basada en

un estudio completo e individualizado, de cada caso en particular. La realización de esta tarea no puede lograrse en forma óptima, sin la participación de un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Dolor crónico, multidisciplinario, somatización, biopsicosocial.

SUMMARY

Pain is one of the symptoms that most affects and worries people and one of the causes of most frequent medical consultation. While acute pain has a protective function, this is lost when the pain becomes chronic or persistent, and no longer has an adaptive value. Currently, there is a lot of evidence that shows the relevance of psychological and social factors in the perpetuation of pain, when this isn't onchological pain, wich has different characteristics. In chronic pain, alterations in physical systems can lead to behavioral changes, determined by changes in neural circuits caused by an altered psychological processing. The complexity of the neurophysiological mechanisms, involved in the maintenance of chronic pain, explains that simple therapies, often fail in obtaining relief, and greater efficiency of the multidisciplinary treatments, compared with conventional medical treatments has been observed. There are environmental factors and

personality traits that make easy the pain chronification. The success of a good program of diagnosis and treatment of chronic pain, both outpatient and inpatients, depends largely, of the diagnostic elaboration carried out on team work, as well as the therapeutic decision based on a comprehensive and individualized case study of each particular patient. The achievement of this task can not be accomplish optimally, without the involvement of a multidisciplinary team.

Key words: Chronic pain, multidisciplinary, somatization, biopsicosocial.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas que más afecta y preocupa a las personas y es la causa del 15 a 20% de todas las consultas médicas (1,2). En nuestro país, se estima que más de 5 millones de personas sufren de dolor crónico a diario, de las cuales en un 28.8% es de intensidad severa (3), provocando un importante deterioro en la calidad de vida de estas personas y afectando su entorno laboral y familiar.

Evolutivamente, el dolor es fundamental para la sobrevivencia de los seres humanos, nos advierte que algo no está bien, nos señala la presencia de una herida o enfermedad, nos lleva a buscar ayuda médica, contribuye al proceso de sanación promoviendo el reposo y permite la recuperación. Y cuando el dolor ya no está, es aviso de que podemos retomar nuestras actividades.

El dolor también nos recuerda eventos y situaciones amenazantes del pasado, nos enseña qué es lo que debemos evitar en el futuro y nos hace actuar para acabar con la causa del dolor (4).

Individuos nacidos con incapacidad de sentir dolor, difícilmente viven más allá de la adolescencia, pues no son capaces de anticipar las consecuencias de las heridas o enfermedades (5).

Esta función protectora del dolor agudo y limitada en el tiempo, finaliza cuando la herida se sana o la enfermedad se cura. Sin embargo, hay otro tipo de dolor, el dolor crónico o persistente, que no tiene un propósito adaptativo y en este proceso de perpetuación del dolor, cuando no es oncológico, intervienen importantes factores psicológicos y sociales. Cuando el dolor crónico es severo e intratable, pasa a ser parte de la esencia del individuo y causa estrés y sufrimiento (4).

Estudios epidemiológicos recientes muestran una prevalencia de dolor crónico a 12 meses de 37% en países desarrollados y

41% en vías de desarrollo. Si sólo se considera dolor moderado y severo, la prevalencia por vida es de 25% para la población general (6).

La prevalencia del dolor crónico aumenta con la edad, es mayor en mujeres que en hombres y en sujetos de nivel socioeconómico bajo (7-9). Las localizaciones más frecuentes de dolor crónico incluyen espalda baja, rodillas, cabeza y cuello (10). Cabe señalar que el dolor crónico oncológico, tiene otras características y otro manejo.

II. DEFINICIÓN

El dolor se define como “una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrito en términos de ese daño” según la IASP (*International Association for Study of Pain*) (11).

Se puede manifestar en forma aguda, como síntoma de un daño tisular recientemente ocurrido, donde tiene un rol de protección, o en forma crónica, donde persiste por más de tres meses y pasa a ser una enfermedad en sí mismo (12).

El dolor crónico, tradicionalmente se ha definido por el tiempo de duración, dejando fuera otros aspectos fundamentales de éste.

Desde una perspectiva neurobiológica, el dolor involucra componentes nociceptivos, inflamatorios y/o neuropáticos (13).

Los dolores nociceptivos e inflamatorios son adaptativos y protectores, en cambio, el dolor de origen neuropático, que aparece luego de una lesión o daño directo al sistema somatosensorial, es considerado patológico (14). El dolor neuropático involucra profundas alteraciones en el procesamiento neural normal, tanto periférico como central, de los inputs aferentes.

III. CLASIFICACIÓN

Clasificación según ICD-11

Dolor crónico, de acuerdo al ICD-11, es aquel “dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses”. Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor, lo divide en 7 tipos, con subcategorías.

1. Dolor crónico primario
2. Dolor crónico oncológico
3. Dolor crónico post quirúrgico y post traumático
4. Dolor crónico neuropático
5. Dolor crónico orofacial y cefálico
6. Dolor crónico visceral
7. Dolor crónico músculo esquelético.

Clasificación DSM-5

De acuerdo a la clasificación del DSM-5, el dolor crónico corresponde a un "Trastorno por síntomas somáticos, con predominio de dolor", definición que viene a reemplazar a tres de los trastornos somatomorfos del DSM-IV (trastorno por dolor, trastorno por somatización y trastorno somatomorfo indiferenciado, y en algunos casos, hipocondriasis).

Varios autores ven un importante riesgo de subdiagnosticar el dolor crónico con los criterios del DSM-5 (4). Hasta que estos no sean apropiadamente revisados, el diagnóstico de "Trastorno adaptativo" da mejor cuenta y es más seguro para clasificar a estos individuos.

IV. PROCESAMIENTO PSICOLÓGICO EN DOLOR CRÓNICO

Los seres humanos, frente a los cambios del medio, tanto interno como externo, presentan respuestas fisiológicas y conductuales, las que pueden ser adaptativas o desadaptativas. En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales causadas por un procesamiento psicológico alterado (15). El control de este procesamiento puede entenderse como un balance entre eventos excitatorios e inhibitorios, que van a actuar en un "terreno" sensibilizado o desensibilizado.

Las regiones cerebrales que consistentemente aparecen implicadas en este tipo de procesamiento son las cortezas somatosensoriales primaria y secundaria (S1 y S2), médula espinal, tálamo, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal (16), áreas mesencefálicas como la sustancia gris periacueductal y cerebelo (17), y estructuras subcorticales que incluyen hipocampo, ganglios basales y amígdala (18).

Las redes cerebrales interconectadas contribuirían a activar y/o desactivar funciones orquestadas con distintos grados de contribución de estas y otras regiones cerebrales.

Como vimos antes, el dolor como respuesta a un estímulo nociceptivo, lleva a los individuos a buscar tratamiento, cuando algo duele, hiere o hace sufrir. Cuando el dolor se hace crónico, ocurre algo diferente, el estado físico y mental se alteran. El dolor físico y emocional existen en un mismo *continuum*, donde comparten vías cerebrales (19).

Hay dos factores esenciales que deben considerarse cuando tratamos de entender el procesamiento psicológico en dolor, desde una aproximación basada en sistemas cerebrales:

- Experimentar dolor puede desencadenar una cascada de eventos neurológicos, sensoriales inicialmente, que llevan a un estado psicológico alterado.

- Estados psicológicos previos pueden determinar un alto riesgo para la cronificación del dolor, debido a procesos como sensibilización cruzada, donde la exposición a un estrés en el pasado, confiere mayor sensibilidad a otros estímulos aparentemente no relacionados, como un trauma infantil, pérdida de uno de los progenitores o una adicción (20-22).

El año 2014 Laura Simons y cols., hizo una revisión de las principales alteraciones conductuales en relación a circuitos neurales y cómo estos se alterarían a consecuencia del dolor crónico (15). Algunos de los datos obtenidos fueron categorizados en los siguientes ámbitos:

A. CIRCUITOS NEURALES Y CAMBIOS DESADAPTATIVOS

- **Neurocircuitos y conducta:** La evolución de un dolor agudo a crónico, no siempre es tan obvia. Muchas veces esto ocurre a consecuencia de una injuria específica, como neuropatía diabética, neuralgia post herpética, o aparece espontáneamente.

- **Conducta de dolor:** Esta puede ser adaptativa o desadaptativa.

La evitación de un estímulo doloroso, o potencialmente doloroso, es una reacción normal, frente a una amenaza aguda, sin embargo, en el dolor crónico esta conducta ya no es adaptativa. Por ejemplo, en un paciente con síndrome de dolor regional complejo, la inmovilidad de la extremidad para evitar el estímulo doloroso, lleva al empeoramiento de su cuadro.

B. ALTERACIONES DEL PROCESAMIENTO PSICOLÓGICO EN DOLOR CRÓNICO

- **Cognición y atención:** La cognición, definida como el acto de conocer incluye alerta, percepción, razonamiento, toma de decisiones y juicio. La evidencia sugiere que el dolor tendría un efecto negativo en el desempeño cognitivo y en el procesamiento atencional (23) y este afectaría las regiones cerebrales involucradas en la cognición.

- **Alteración en la percepción:** Un buen ejemplo de la importancia de la interpretación corporal en dolor crónico, es la percepción del miembro fantasma, en que la terapia en espejo y la estimulación sensorial, proveen de inputs visuales o propioceptivos al cerebro, que van a corregir estas anomalías perceptuales, generando un importante alivio del dolor.

- **Interocepción:** La percepción individual de la condición fisiológica del propio cuerpo, va a depender del estado emocional y los niveles de estrés a que esté sometido ese individuo. La ínsula anterior tendría un importante rol en este proceso evaluativo. La sensibilidad interoceptiva, además de intensificar la sensibilidad al dolor agudo y disminuir la tole-

rancia al dolor, sería uno de los mecanismos de desarrollo del temor aprendido en los pacientes de dolor crónico.

- **Refuerzo, aversión y motivación:** Los estímulos de refuerzo y aversivos tienen gran capacidad de modificar conductas. Estudios recientes sugieren que, aún en sujetos sanos, existe gran variabilidad en la actividad de los circuitos de recompensa, que predice directamente la respuesta analgésica a los opioides (24).

- **Aprendizaje y memoria:** El dolor es un prominente estresor emocional que puede facilitar la consolidación amnésica y el aprendizaje. Procesos de aprendizaje, tanto implícitos como explícitos, han sido vinculados a la mantención del dolor crónico, donde los procesos implícitos son predominantes, los que debido a su naturaleza inconsciente, son más difíciles de extinguir (25); entre estos está el condicionamiento operante, el aprendizaje social y el condicionamiento clásico.

Bajo condiciones de contingencia operante, una conducta de dolor como es cojear, puede verse mantenida como evitación de un estímulo doloroso actual o futuro (refuerzo negativo) (26), o como una forma de atraer la atención hacia el “rol de enfermo” (refuerzo positivo).

Un ejemplo de aprendizaje social o “*modeling*” se ha visto en dolor crónico pediátrico, con una alta incidencia de problemas de dolor entre los padres de estos niños (27).

Por último, una forma de condicionamiento clásico es la adquisición de un temor aprendido, frente a lo que antes era un estímulo neutral, como un examen médico. Si este inicialmente se relacionó con una experiencia dolorosa, más adelante el mismo estímulo evoca una respuesta condicionada, como el aumento de la frecuencia cardíaca al acercarse el médico.

C. FACTORES DE RIESGO PRE MÓRBIDO Y DOLOR

- **Trauma físico o psicológico previo:** Ya a finales de los años 50 se planteó la relación existente entre el abuso físico y psicológico y el posterior desarrollo de dolor crónico. Entre los tipos de abuso, el abuso sexual, tanto en hombres como en mujeres, parece conferir la mayor predisposición para la cronificación del dolor (28-34).

- **Disfunción social:** Se ha visto que la exclusión social o *bullying*, el aislamiento y la pérdida de redes de apoyo, contribuirían a una sensibilización cruzada, afectando la percepción del dolor físico.

- **Catastrofización:** Es un estado cognitivo caracterizado por un pensamiento negativo, magnificación y rumiación acerca del dolor. La catastrofización es un factor cognitivo de vulnerabilidad, que puede precipitar síntomas depresivos.

- **Estatus social:** El nivel social bajo, habitualmente tiene un efecto negativo en la epidemiología del dolor crónico. Algunos factores relacionados con el bajo estatus social son obesidad, bajo nivel educacional e inequidades en el acceso a la atención en salud.

- **Género:** Niñas post púberes tienen mayor prevalencia de dolor crónico que niños. Habría varios factores fisiológicos, como las hormonas y menopausia, que contribuirían a estas diferencias. También influye el que las mujeres son más proclives a reportar su dolor (35-38).

Si bien han sido publicados muchos reportes de diferencias de acuerdo al género, en relación a los factores psicológicos involucrados en dolor crónico, los hallazgos no han sido concluyentes (39-42).

V. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

Cuando nos enfrentamos a un paciente con dolor persistente, sabemos que no hay un tratamiento específico para una forma de dolor, especialmente en los síndromes de dolor crónico; aquí es donde toma relevancia la integración de modalidades terapéuticas, en equipos multidisciplinarios que trabajan en forma coordinada, para establecer el diagnóstico y desarrollar la estrategia terapéutica.

La complejidad de los mecanismos neurofisiológicos que intervienen en el mantenimiento del dolor crónico, explica que a menudo fracasen en la obtención del alivio, las terapias individuales.

Los médicos de atención primaria son quienes, con mayor frecuencia, tratan pacientes con dolor crónico, los que dependiendo de la complejidad o especificidad del cuadro, necesitan de la visión del equipo multidisciplinario, donde especialidades como la Anestesiología, Fisiatría y Rehabilitación, Psiquiatría, Psicología, Neurología, Traumatología y Odontología, entre otros, deben manejar en forma conjunta un objetivo común, este es el alivio del dolor crónico persistente.

Es necesario también señalar que el tratamiento no adecuado del dolor agudo, puede conducir a su cronificación y la persistencia del dolor crónico puede desencadenar alteraciones en la esfera psicosocial, con respuestas psicológicas diversas, ya que el individuo no encuentra significado a su dolor, pues este no juega un papel de alarma biológica, frente a un peligro que pueda ser evitado o tratado.

Las publicaciones científicas dedicadas a la investigación del dolor, suelen incluir estudios de distintas disciplinas, debido a que un enfoque sólo organicista, no abarca la comprensión integral del dolor (43, 44).

Como hemos visto, en los últimos años han surgido importantes avances en aspectos neurobiológicos y de imágenes del dolor y ha resultado evidente que representan sólo una parte del fenómeno doloroso.

En la actualidad, existe una gran cantidad de evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor, así como también se ha visto una mayor eficacia de los tratamientos multidisciplinarios, comparados con tratamientos médicos convencionales (45). Las respuestas características frente al dolor crónico son miedo, desesperación y desesperanza. El manejo cognitivo conductual es fundamental y está validado en múltiples patologías con dolor persistente.

Actualmente se acepta que, prácticamente en todos los pacientes con dolor, existen tanto factores orgánicos, como psicológicos y socioculturales. Este reconocimiento resulta especialmente decisivo en la comprensión y manejo del dolor crónico, lo que hace fundamental la consideración de los aspectos psiquiátricos.

Ya en 1945, Bonica concibió la noción de que “los complejos problemas de dolor pueden ser tratados más efectivamente por un equipo multidisciplinario, donde cada miembro contribuirá con los conocimientos y habilidades de su especialidad, al propósito común de realizar un diagnóstico correcto y desarrollar la estrategia terapéutica más efectiva; cada individuo aprende de los otros miembros del equipo y sus límites territoriales se hacen menos definidos, comenzando entonces a ser realmente especialistas en el manejo del dolor (algólogos), de modo que su quehacer se extiende más allá del campo de sus disciplinas básicas” (43).

El psiquiatra puede ser un importante puente de unión entre los médicos especialistas y la labor de los profesionales del campo psicosocial, como psicólogos o trabajadores sociales, ya que los pacientes, no pocas veces, tienen problemas familiares, incapacidades, pérdidas laborales, depresión, ansiedad, trastornos del sueño y rasgos de personalidad anormales.

En los distintos programas acreditados de centros multidisciplinarios de dolor, la tasa de reversión del síndrome de dolor crónico oscila entre el 50 y 60%, por lo que la relación favorable costo-efectividad, aconseja este abordaje terapéutico como elección útil en los síndromes de dolor crónico, asociado a discapacidad.

Según la IASP se ha estimado que por cada 1.5-2 millones de habitantes, sería adecuada la existencia de centros multidisciplinarios para el manejo del dolor crónico, idealmente con actividad asistencial, docente y de investigación (44).

VI. EVALUACIÓN ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

Las evaluaciones psiquiátrica y psicológica son fundamentales antes de establecer la estrategia terapéutica del equipo. Dado que la situación de dolor es un estresor permanente, el paciente que lo padece se relacionará con el equipo en una dinámica muy demandante emocionalmente. Aquí se manifestarán sus rasgos de personalidad, sus modelos relacionales y la manera en que afronta la realidad.

El equipo tratante debe estar al tanto de estas características del paciente, de modo tal, que pueda empatizar con él, o ella, y no proyectar en la relación terapéutica conflictos no resueltos, tanto individuales como grupales.

La evaluación se realiza mediante entrevistas clínicas y la aplicación de cuestionarios específicos, con los que se trabaja el dolor.

Aspectos psiquiátricos

En primer lugar, es necesario evaluar la presencia de síntomas psiquiátricos, especialmente depresivos y ansiosos que, como ya vimos, con frecuencia están presentes en la población general, y mientras no sean tratados, no se puede avanzar con el manejo del dolor propiamente tal. Es importante conocer la calidad y horas de sueño, los hábitos de alimentación, funcionamiento cognitivo y si el paciente realiza algún tipo de actividad física.

Aspectos psicológicos

Por otra parte, la evaluación psicológica va dirigida a evaluar el funcionamiento psicológico del paciente; sus mecanismos de defensa, de afrontamiento del dolor, capacidad de tolerancia a la frustración, sus dinámicas relacionales, la existencia de eventos traumáticos, entre otros y las expectativas que tiene en relación al tratamiento.

Es importante identificar los recursos, tanto adaptativos como desadaptativos, con que cuenta el paciente, los que además serán trabajados en la psicoterapia.

Estas evaluaciones están sistematizadas y si bien cada equipo trabaja con distintos modelos, todos abarcan los mismos ámbitos.

El modelo utilizado por nosotros es el que describiremos a continuación, de manera muy resumida y puntualizando los aspectos que nos parecen más relevantes para nuestro trabajo.

A. Síntomas clínicos

- Ansiedad/depresión
- Mala autoestima y pobre percepción de sí mismo
- Alteraciones del sueño, del apetito, de la libido
- Pérdida de la propositividad vital, del sentido de vida
- Juicio de realidad alterado

B. Variables cognitivas

- Ideas y creencias en torno a la enfermedad, que con frecuencia son erradas o están hipertrofiadas por experiencias pasadas del sujeto o personas cercanas a él.
- Temores asociados y pensamientos catastróficos en relación al pronóstico. Especialmente en aquellos pacientes con rasgos de personalidad obsesivos y tendencia a la “rumiación”, que se caracterizan por ver el “peor de los escenarios” o la situación menos frecuente e improbable como el desenlace de su cuadro.

C. Rasgos de personalidad: Pueden ser facilitadores de una mayor tendencia a la somatización y cronificación de los síntomas.

1. Alexitimia: Es la dificultad para identificar y describir sentimientos; son individuos con un pensamiento práctico, concreto, sin un correlato emocional.

2. Sobreadaptación: Son aquellos sujetos híper eficaces, con altos niveles de autoexigencia, con gran capacidad de trabajo, que asumen roles y responsabilidades desmedidas. Se adaptan rígidamente a la realidad, “pase lo que pase, siguen adelante”.

D. Historia de vida, que incluye el historial médico y sintomatológico

- Enfermedades, dolencias, síntomas previos y respuesta a los tratamientos; tiempos de recuperación.
- Carencias afectivas en la temprana infancia, vivencias traumáticas, violencia intra familiar, abuso sexual, pérdidas, duelos no resueltos.
- Capacidad de resiliencia, dada por la posibilidad de adaptarse a situaciones de estrés.
- Redes de apoyo, referidas al medio familiar, social o laboral en que se encuentra insertado el paciente. Si tiene o no contacto con su familia de origen, las relaciones con su familia nuclear; el tipo de trabajo y el ambiente en que se desempeña; la pertenencia a grupos de amigos o comunidades. Estas redes son fundamentales en el acompañamiento y la contención que necesita el paciente, a lo largo de todo su tratamiento.
- Impacto que ha producido el dolor en la calidad de vida, en la relación de pareja, en el entorno familiar, social y laboral.

F. Patrones relacionales

El modo en que el paciente se relaciona en su vida, también estará presente en la relación con el equipo o médicos tratantes.

- Roles de los profesionales, que deben ser claramente explicados, evitando la actitud paternalista y haciendo al paciente responsable de su tratamiento.
- Limitar las demandas y adecuar las expectativas del paciente, que pueden ser muy irreales y lo llevarán a experimentar

intensos sentimientos de abandono y frustración.

- El psiquiatra y/o psicólogo debe alertar y apoyar al equipo tratante cuando se trata de un paciente con rasgos de personalidad muy anormales, que van a obstaculizar el trabajo. Por ejemplo, aquellos pacientes desconfiados, maltratadores, muy inseguros, obsesivos, excesivamente demandantes o autorreferentes, lo que se describe como “paciente difícil”.

G. Pronóstico

- Adherencia y respuesta al tratamiento, que van a depender en una importante medida de la “alianza terapéutica” que se logre establecer con el paciente.
- Capacidad de “*insight*”, entendiéndola esta como la capacidad de “mirarse” y tomar distancia de lo que está ocurriendo, para poder conectarse con sus emociones, condición fundamental para que pueda trabajarse en psicoterapia.

H. Mecanismos de afrontamiento o “*coping*”

Adaptativos: El hecho de que el paciente tenga un rol activo y participativo y que tenga una buena adherencia, favorecerá una mejor respuesta.

Desadaptativos: Aquel paciente que juega un rol pasivo, de espectador y que tiene una pobre adherencia, tendrá una peor respuesta al tratamiento.

I. Aspectos gananciales

Es fundamental conocer la situación vital del paciente y poder entrevistar a alguien cercano a él, para entender qué rol está cumpliendo la “enfermedad” en la vida de este paciente y cuál es el “beneficio” que obtiene al estar enfermo.

Muchas veces estas llamadas “ganancias secundarias” pueden parecer no tener sentido o ser mínimas en relación al costo que está teniendo la enfermedad para el paciente. Sin embargo, estos procesos psicológicos son inconscientes, y más que enjuiciarlos, debe trabajarse en ellos.

VII. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS**–Psicofármacos**

El uso de psicofármacos va a depender de la sintomatología del paciente. Con frecuencia es necesario tratar “insomnio, angustia, expectación ansiosa”, entre otros. Para esto se utilizan antidepressivos que sean buenos ansiolíticos, benzodiazepinas con mucha cautela por el potencial adictivo, algunos neuro-moduladores como duloxetine y gabapentinoides.

–Psicoterapias

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ir desde terapias de apoyo, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, intervenciones familiares y/o de parejas.

Algunas veces la intervención psicoterapéutica va dirigida al equipo, orientada a facilitar la relación con el médico tratante y los otros profesionales.

-Otras intervenciones

Terapias de autoayuda (45), masaje, terapia física.

Mindfulness (46).

Terapias complementarias como quiropraxia, acupuntura, hipnosis y aromaterapia (47, 48).

VIII. DISCUSIÓN

El éxito de un buen programa de diagnóstico y tratamiento de dolor crónico, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados depende, en gran parte, de la elaboración diagnóstica realizada en el trabajo de equipo, así como de la decisión terapéutica basada en un estudio completo e individualizado, de cada caso en particular. La realización de esta tarea no puede comprenderse en forma óptima, sin la participación de un equipo multidisciplinario.

En este sentido, es muy importante la integración del psiquiatra al equipo de dolor; es fundamental la participación de este en las reuniones semanales y en la evaluación médica de los pacientes. La comorbilidad psiquiátrica es altamente prevalente y mientras no se traten sus síntomas no será efectiva la acción del equipo.

El manejar un lenguaje común y acoger las inquietudes y dudas de los otros médicos, facilita la comunicación y la confianza, que son fundamentales para el buen funcionamiento en todo equipo.

El cómo esté compuesto, el organigrama y cómo van a organizar su funcionamiento, dependerán de la institución de salud en la cual estén insertos.

En síntesis, el objetivo común del equipo multidisciplinario de una clínica del dolor es, como principal, la mejoría de la calidad de vida del individuo con dolor (49).

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Koleva D. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15:475-479.
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *PAIN* 2001; 89:175-180.
- Bilbeny N, Miranda J et al. Prevalence of Chronic non cancer Pain in Chile. Presentado en el Congreso Mundial de Dolor IASP. Argentina, 2014.
- Katz J, Rosebloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry* 2015; 60(4):160-167.
- Nagasako EM, Oaklander AL, Dworkin RH. Congenital insensitivity to pain: an update. *Pain*. 2003; 101(3): 213-219.
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999; 354(9186):1248-1252.
- Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The prevalence of chronic pain in Canadá. *Pain Res Manag* 2011; 16(6): 445-450.
- Tsang A, Von Korff M, Lee S et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain* 2008; 9(10):883-891.
- Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington Det al. The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Curr Med Res Opin* 2013; 29(9): 1127-1135.
- Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth* 2013; 111(1): 13-18.
- Mersky H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of chronic pain terms. 2nd ed. Seattle (WA): International Association for the Study of Pain Press; 1994.
- Niv D, Devor M. Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Pract*. 2004; 4(3):179-181.
- Woolf CJ. What is this thing call pain? *J Clin Invest* 2010; 120(11): 3742-3744.
- Von Hehn CA, Baron R, Wolf CJ. Deconstructing the neurophatic pain phenotype to reveal neural mechanisms. *Neuro* 2012; 73(4): 638-652.
- Simons L, Elman I, Borsook D. Psychological Processing in Chronic Pain: A Neural Systems Approach. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 2:61-78.
- Tracy I. Imagen pain. *Br J Anaesth*. 2008; 101:32-39.
- Moulton EA, Schmahmann JD, Becerra L, Borsook D. The cerebellum and pain: passive integrator or active participator? *Brain Res Rev*. 2010; 65:14-27.
- Maleki N et al. Migraine attacks the Basal Ganglia. *Mol Pain*. 2011; 7:71.
- Bendelow GA, Williams SJ. Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Society of Health & Illness*. 2008; 17:139-165.
- Elman I, Borsook D, Volkow ND. Pain and suicidality: Insights from

- reward and addiction neuroscience. *Prog Neurobiol.* 2013.
21. Nicolson NA, Davis MC, Kruszewski D, Zaustra AJ. Childhood maltreatment and diurnal cortisol patterns in women with chronic pain. *Psychosom Med.* 2010; 72:471-480.
 22. Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.* 1999; 21:23-30.
 23. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive - affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull.* 1999; 125:356-366.
 24. Wanigasekera V, Lee MC, Rogers R et al. Baseline reward circuitry activity and trait reward responsiveness predict expression of opioid analgesia in healthy subjects. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2012; 109:17705-17710.
 25. Flor H. New developments in the understanding and management of persistent pain. *Curr Opin Psychiatry.* 2012; 25:109-113.
 26. Iwata BA. Negative reinforcement in applied behavior analysis: an emerging technology. *J Appl Behav Anal.* 1987; 20:361-378.
 27. Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M. Association of parental chronic pain with chronic pain in the adolescent and young adult: family linkage data from the HUNT Study. *JAMA Pediatr.* 2013; 167:61-69.
 28. Paras ML, Murad MH, Chen LP et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009; 302:550-561.
 29. Saariaho TH, Saariaho AS, Karila IA et al. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scand J Psychol.* 2011; 52:146-153.
 30. Symes L, McFarlane J, Nava A et al. The association of pain severity and pain interference levels with abuse experiences and mental health symptoms among 300 mothers: baseline data analysis for a 7-year prospective study. *Issues Ment Health Nurs.* 2013; 34:2-16.
 31. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL et al. Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache.* 2010; 50:20-31.
 32. Hart-Johnson, Green CR. The impact of sexual or physical abuse history on pain-related outcomes among blacks and whites with chronic pain: gender influence. *Pain medicine.* 2012; 13:229-242.
 33. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW et al. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:193-199.
 34. Bjornsdottir S, Jonsson S, Valdimarsdottir U. Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scand J Rheumatol.* 2013; 42:59-70.
 35. Fillingim RB. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Curr Rev Pain.* 2000; 4:24-30.
 36. Keogh E, Eccleston C. Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain.* 2006; 123:275-284.
 37. Kuba T, Quinones-Jenab V. The role of female gonadal hormones in behavioral sex differences in persistent and chronic pain: clinical versus preclinical studies. *Brain Res Bull.* 2005; 66:179-188.
 38. Martinez-Jauand M, Sitges C, Femenia J et al. Age-of-onset of menopause is associated with enhanced painful and non-painful sensitivity in fibromyalgia. *Clin Rheumatol.* 2013.
 39. Robinson ME, Dannecker EA, George SZ et al. Sex differences in the associations among psychological factors and pain report: a novel psychophysical study of patients with chronic low back pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society.* 2005; 6:463-470.
 40. Thibodeau MA, Welch PG, Katz J et al. Pain-related anxiety influences pain perception differently in men and women: A quantitative sensory test across thermal pain modalities. *Pain.* 2013; 154:419-426.
 41. Fillingim RB. Complex associations among sex, anxiety and pain. *Pain.* 2013; 154:332-333.
 42. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception - part 2: do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain.* 2012; 153:619-635.
 43. Bonica JJ. *Interdisciplinary, Multimodal Pain Managements Programms.* En: JJ Bonica (ed.): *The management of pain* (2nd. ed.) Lea&Febiger. EUA, 1990; 2120-2140.
 44. Loesser JD, Seres JL, Newman RI. *Interdisciplinary, multimodal management of chronic pain.* En: JJ Bonica (ed.): *The management of pain* (2nd. ed.) Lea&Febiger. EUA, 1990; 2107-2120.
 45. Boyers D, McNamee P, Clarke A et al. Cost-effectiveness of self-management methods for the treatment of chronic pain in an aging adult population a systematic review of the literature. *Clin J Pain.* 2013; 29(4):366-75.
 46. McCubbin T, Dimidjian S, Kempe K et al. Mindfulness-based stress reduction in an integrated care delivery system: one-year impacts on patient-centered outcomes and health care utilization. *Permanente J.* 2014; 18(4):4-9.
 47. Haetzman M, Elliott AM, Smith BH et al. Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Fam Pract.* 2003; 20(2):147-54.
 48. Cosio D, Lin EH. Effects of a pain education program in complementary and alternative medicine treatment utilization at a VA medical center. *Complement Ther Med.* 2015; 23(3):413-22.
 49. De Andrés J. Tratamiento del dolor: evolución histórica hacia una intervención multidisciplinaria. *Boletín de Psicología.* 2005; 84: 11-21.

DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL

POSTPARTUM DEPRESSION IN THE CONTEXT OF THE GENERAL HOSPITAL

DR. ENRIQUE JADRESIC M. (1)

(1) Profesor Asociado de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Email: ejadresic@gmail.com

RESUMEN

El puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica y la depresión posparto (DPP) es la complicación obstétrica más común. En el caso de la depresión, la última clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) (2013) sustituyó el especificador “de comienzo en el posparto” por “con inicio en el periparto” porque muchas depresiones posparto comienzan en el embarazo. Empero, la denominación posparto sigue siendo válida, y debe conservarse con independencia de si su inicio fue en el posparto (hasta seis meses después del parto) o en el embarazo. Los síntomas depresivos puerperales pueden encontrarse en la disforia, la DPP (monopolar o bipolar) o la psicosis afectiva puerperal. La DPP y la psicosis comprometen el funcionamiento materno y se asocian a alteraciones del vínculo madre/hijo(a). El tratamiento oportuno y la prevención de estos trastornos minimizan los riesgos y favorecen la salud de la madre y su descendencia.

Palabras clave: Depresión, posparto, detección, tratamiento.

SUMMARY

The puerperium is a period of increased psychic vulnerability and postpartum depression (PPD) is the most common obstetric complication. In the last classification of the American Psychiatric Association (DSM-5) (2013), the specifier “with postpartum onset”

was replaced by the specifier “with peripartum onset” to acknowledge the fact that many PPDs start during pregnancy. However, the postpartum denomination remains a valid one and should be kept regardless the depression started in pregnancy or up to six months postpartum. Puerperal depressive symptoms may be found in the postpartum blues, unipolar or bipolar PPD or puerperal affective psychosis. PPD and psychosis cause impairment of maternal functioning and affect the mother-infant relationship. Timely treatment and prevention of these disorders minimize risks and favour the health of the mother and that of the offspring.

Keywords: Depression, postpartum, detection, treatment.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el conocimiento en torno a la depresión que se presenta durante el período grávido/puerperal ha experimentado, sin duda, progresos importantes. Si bien desde la antigüedad se sabe que el puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psíquica, no están lejanos los años en que prevalecía, aún entre los profesionales de la salud, la idea errónea de que el embarazo inmunizaba contra la enfermedad mental (1). Dicha creencia constituyó un verdadero mito, que empezó a ser cuestionado a mediados de la década de 1980, primero a partir de los resultados de investigaciones realizadas en el hemisferio norte y luego, a través de estudios en diversos países del hemisferio sur, entre ellos Chile (2,3).

Aunque los primeros de esos estudios sugirieron que las mujeres presentaban trastornos depresivos del embarazo o del posparto, pero rara vez ambos tipos de trastornos (4), estudios posteriores han mostrado que existe continuidad en la sintomatología anímica perinatal. En la actualidad se sabe que alrededor del 50% de los episodios de depresión posparto comienza en realidad en el embarazo. En nuestro medio, un estudio prospectivo de 108 mujeres encontró que, entre las madres con depresión posparto, el 64% había presentado síntomas de depresión durante la gestación. En cambio entre las madres sin depresión posparto ello ocurrió solo en el 18% de los casos (5).

En 2013, la versión más reciente de la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), recogió estos avances y, en los criterios para Depresión Mayor, sustituyó el antiguo especificador “de comienzo en el posparto” por el especificador “con inicio en el periparto”. Esta denominación se puede utilizar para especificar que el episodio depresivo mayor se presentó durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (6).

Con todo, limitar el especificador de comienzo de la depresión posparto a las cuatros primeras semanas del posparto es enormemente restrictivo, todas vez que muchas depresiones puerperales aparecen más tardíamente. Por lo tanto, en este trabajo se denominará depresión posparto a todo episodio de depresión que se presenta durante el puerperio, independientemente de si su comienzo ha sido en el posparto (hasta seis meses después de que la mujer ha dado a luz) o durante el embarazo.

En relación a la salud mental de las puérperas, no siempre es fácil diferenciar el posparto normal del posparto asociado a sintomatología depresiva. La razón es que dentro del puerperio normal se pueden encontrar cambios en el patrón de sueño, apetito, libido, fatiga y preocupaciones diversas, los cuales también pueden hallarse en presencia de depresión. Ahora bien, estos síntomas depresivos pueden formar parte, en orden creciente de gravedad, de cualquiera de las tres siguientes entidades:

DISFORIA POSPARTO

La disforia posparto (*postpartum blues*) es un trastorno transitorio muy común, presentándose en alrededor del 40% al 60% de las puérperas (7). Aparece en forma más o menos brusca e inesperada los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer o cuarto día. Por lo general se prolonga sólo algunas horas, o bien un día o dos. Se trata de un estado en que se pueden encontrar fatiga, tendencia al llanto, ansiedad y, a veces, ánimo depresivo.

Algunas mujeres adjudican los síntomas a una causa “hormonal” debido a que no encuentran una explicación satisfactoria para

los síntomas. En este sentido, es interesante constatar que si bien la causa de la disforia es desconocida, se presume que el principal factor etiológico de la disforia es de índole biológico, precisamente hormonal (8).

La disforia es un trastorno leve, que no altera la capacidad de disfrutar de la madre ni tampoco su nivel habitual de funcionamiento. No requiere tratamiento. Con todo, si el estado disfórico se prolonga más allá de una semana, es pertinente considerar la posibilidad de que la paciente esté desarrollando una depresión posparto.

DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

La depresión posparto (DPP) ha sido denominada la complicación obstétrica más común (9). En la actualidad se sabe que, al igual que en otros países (10), al menos el 40% de las madres chilenas sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos durante el puerperio y un 10-15% desarrolla un episodio depresivo mayor (2,3).

Los síntomas de la DPP son, en general, muy similares a los síntomas de los episodios de depresión que aparecen en otras épocas de la vida (Tabla 1).

TABLA 1. Síntomas de la Depresión Mayor

-
- Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas
 - Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta

Otros síntomas que pueden presentarse:

- Fatiga o falta de energía
 - Inquietud o sensación de enlentecimiento
 - Sentimientos de culpa o minusvalía
 - Dificultades para concentrarse
 - Alteraciones del sueño
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
-

Modificado de referencia 6.

Así, junto al deterioro anímico, que se presenta la mayor parte del día, casi todos los días (durante al menos dos semanas para calificar como Depresión Mayor); o a la pérdida de la capacidad de goce, se suelen encontrar ideas de culpa, de insuficiencia (“no sirvo para ser mamá”), angustia, labilidad emotiva y tendencia al llanto, fatiga y, muy a menudo, alteraciones del sueño que exceden la perturbación del mismo atribuible al cuidado del neonato. A veces el desánimo es más acentuado por la mañana, por ejemplo al despertar (una característica particularmente útil de identificar ya que por lo general predice una buena respuesta a los antidepresivos).

Con frecuencia la depresión del ánimo coexiste con bastante angustia o bien con síntomas obsesivos. La mujer puede presentar fantasías o temor de hacerle daño al bebé, vivencias que a menudo no se atreve a verbalizar. En casos más graves puede mostrar indiferencia por el hijo, mas rara vez, rechazo. Claramente, los síntomas perturban el nivel de funcionamiento materno en distintos ámbitos.

La mayoría de los casos de depresión postnatal no se presenta inmediatamente posparto sino durante el transcurso del primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto.

Diversos estudios muestran que el principal factor de riesgo de DPP es la depresión durante el embarazo (11-13). Además, en concordancia con estudios extranjeros, estudios nacionales han encontrado, entre otros, los siguientes factores de riesgo: historia previa de depresión, eventos vitales adversos, apoyo social deficiente, discordia marital y embarazo no deseado (14-16) (Tabla 2).

TABLA 2. Factores de riesgo de depresión posparto en mujeres chilenas

-
- Depresión durante el embarazo
 - Historia de depresión, especialmente perinatal
 - Embarazo no deseado
 - Conflicto en la relación de pareja
 - Ausencia de pareja
 - Estrés psicosocial
 - Nivel socioeconómico bajo
 - Deficiente apoyo social
-

En términos de factores etiológicos hormonales, no se cuenta con evidencia que apunte a alguna hormona en particular. Pareciera, sin embargo, que un subgrupo de las DPP se da en el contexto de un trastorno tiroideo (17). Al respecto, cabe mencionar que muchas veces la tiroiditis posparto no es diagnosticada. Se trata de una afección autoinmune y autolimitada que afecta a alrededor del 3-4% de las púerperas (18). Se presenta con una fase inicial de tirotoxicosis transitoria, seguida de una hipofunción también transitoria. Se ha visto que dicha disfunción tiroidea posparto se puede asociar a depresión (19), pero no siempre es la causa del problema anímico.

Por otra parte, un interesante aunque pequeño estudio, llevado a cabo en madres con historias de DPP, mostró que el retiro brusco de estrógenos y progesterona (para simular lo que sucede en el posparto) puede reproducir la aparición de síntomas depresivos en estas mujeres. Esto sugiere

que las mujeres con DPP, más que presentar fluctuaciones anormales de los esteroides gonadales, tienen una sensibilidad especial frente a los cambios hormonales normales del puerperio (20).

A menudo, la DPP no es diagnosticada. De allí que puede resultar útil recurrir a instrumentos de tamizaje, cuyo empleo es obligatorio en algunas latitudes (por ejemplo, en algunos estados de los EE.UU.). En la actualidad, el instrumento de tamizaje más usado para detectar probables casos de DPP es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) (21) (ver Anexo). En Chile, se dispone de dos validaciones de esta escala, una realizada en madres de nivel socioeconómico medio (22) y otra en madres de nivel socioeconómico bajo (23). Según ambas validaciones, el punto de corte 9/10 es el mejor para diferenciar probables casos de no-casos (puntaje ≥ 10 = probable depresión posparto).

DEPRESIÓN POSPARTO Y VÍNCULO MADRE-HIJO(A)

Como consecuencia de la DPP, se puede resentir el vínculo madre-hijo(a), sobre todo si la depresión permanece sin tratar. En algunos casos, las madres pueden involucrarse menos o, por el contrario, tornarse estimuladoras en exceso. Los hijos pueden responder menos, mostrarse menos propensos a la interacción y en general presentar más emociones negativas.

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos (24,25). Por ejemplo, Hay y colaboradores encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período (26). En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijo(a)s, aún considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violento(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta que 11 años después del parto (27).

La depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha observado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas (28).

EPISODIOS POSPARTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Dependiendo de la población estudiada, entre el 21% y el 54% de las madres con DPP tienen un diagnóstico de trastorno bipolar. Las características clínicas que deben hacer pensar en ese diagnóstico son: edad de comienzo más temprano, primer episodio de depresión después del parto, comienzo de la depresión inmediatamente después del parto, síntomas depresivos atípicos, síntomas psicóticos, síntomas mixtos (depresión/exaltación del ánimo), e historia de bipolaridad en familiares de primer grado (29) (Tabla 3).

TABLA 3. Depresión posparto. Características clínicas sugerentes de trastorno bipolar

- Edad de comienzo más temprano
- Primer episodio de depresión después del parto
- Comienzo de la depresión inmediatamente después del parto
- Síntomas depresivos atípicos
- Síntomas psicóticos
- Síntomas mixtos (depresión/exaltación del ánimo)
- Historia de bipolaridad en familiares de primer grado

Referencia 29.

Siempre se debe considerar al embarazo de una paciente bipolar como un embarazo de alto riesgo, aún habiéndose suspendido en forma segura todos los psicofármacos antes de la gestación. Cuando se suspenden los estabilizadores del ánimo en el período perinatal el riesgo de recidiva y cronicidad es alto, sobre todo durante el puerperio. Es más, la etapa puerperal es la época de la vida en que la paciente bipolar está más expuesta a descompensarse (30).

En el pasado se tendía a desalentar el embarazo en mujeres bipolares debido a la necesidad de estas pacientes de mantenerse en tratamiento farmacológico. En la actualidad, sin embargo, la evidencia disponible muestra que sí existen alternativas, que eventualmente las mujeres interesadas en embarazarse pueden tomar, las cuales tienen presente tanto la salud de la madre como la del feto/lactante.

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis posparto tiene una incidencia de solo 0.1 a 0.2% (31); pero su presentación es dramática y se la considera una emergencia psiquiátrica. Se la ha descrito como un síndrome con las siguientes características: luego de un período de latencia asintomático, 2 o 3 días después del parto se desarrolla un cuadro clínico cambiante, que en diferentes momentos del día puede asemejarse a un delirium (con compromiso de conciencia, perplejidad y confusión), manía (hiperactividad, agitación y apresuramiento del hablar), depresión, o esquizofrenia (preocupaciones de tipo religioso, alucinaciones e ideas delirantes paranoides) (32).

Por lo general, la psicosis posparto comienza en las primeras semanas después de que la mujer da a luz y dura dos o tres meses. Es más común en primíparas. Sin embargo, una vez que una madre ha sufrido una psicosis puerperal, la probabilidad de recidiva después de nuevos partos es alta, en algunos estudios de hasta 90% (30).

De la psicosis posparto, la mitad son psicosis depresivas, 20-40% son manías o trastornos esquizoafectivos y solo 10-16% esquizofrenias (33).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL POSPARTO

Disforia posparto

Como se señaló, las disforias posparto no requieren tratamiento debido a que la alteración anímica es leve y autolimitada. De todos modos, si la madre llegara a consultar, es útil explicarle que lo que le sucede es normal, atribuible a los cambios hormonales que está experimentando y que cesará sin necesidad de tratamiento.

Psicosis posparto

Las psicosis, depresivas, maníacas o mixtas, dado sus características, habitualmente son derivadas al psiquiatra. En lo substancial, se tratan igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida, priorizando siempre el uso de un estabilizador del ánimo para evitar el eventual "viraje" a manía que puede producir el empleo de antidepresivos. Al respecto, se ha demostrado que la utilización profiláctica del litio, administrado inmediatamente después del parto en mujeres con historias de trastorno bipolar o psicosis puerperal, previene las recidivas hasta en un 90% de los casos (35). Por lo general, dicho uso preventivo se efectúa en madres que no van a amamantar. Cuando la mujer ha estado tomando litio durante el embarazo, se aconseja reducir la dosis en un tercio o a la mitad dos semanas antes del parto para evitar la intoxicación de la madre después de dar a luz.

Diversos estudios recientes muestran que la lamotrigina no es inferior al carbonato de litio en la prevención de episodios bipolares posparto (36).

Depresión posparto

En el tratamiento de las depresiones posparto, se deben considerar medidas generales, la psicoterapia y los tratamientos farmacológicos:

Medidas generales

Para las mujeres con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Consiste, básicamente, en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié

en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal. Es fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos y, de ser necesario, se deben tratar en forma oportuna las perturbaciones del sueño, ya que con frecuencia esto logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. Es recomendable asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso.

Psicoterapia

Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad.

Farmacoterapia

La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el niño(a) y, por cierto, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe sustentarse en un análisis riguroso de los riesgos y los beneficios.

Se sabe que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, en general, sólo el 1 a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerá en la leche. Este traspaso es significativamente menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que se refiere a los antidepresivos, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos (37). Sin embargo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales, y se sospecha de que se relacionan a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre, se debe suspender la lactancia de inmediato.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más usados para tratar madres con DPP que amamantan. Probablemente, el más empleado es sertralina, pero el citalopram también es una buena opción (38).

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el período de tratamiento, se aconseja prolongarlo hasta después de verificados otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales).

Por otra parte, en la actualidad no se cuenta con estudios de antidepresivos en el manejo de los episodios posparto del trastorno bipolar (29). No obstante, se deben evitar por el riesgo de inducir episodios de manía. El riesgo de viraje es mayor cuando la DPP representa el primer episodio de depresión o cuando el comienzo de la depresión es inmediatamente posparto (Tabla 3). En cuanto a los estabilizadores del ánimo, como el litio y la lamotrigina, comúnmente utilizados en el trastorno bipolar, no hay

estudios sobre su uso en el tratamiento agudo de la DPP bipolar (29). Existen tan solo dos estudios sobre la farmacoterapia de los episodios depresivos posparto del trastorno bipolar. Ambos mostraron que la quetiapina era efectiva. En uno de los estudios la dosis promedio utilizada fue de 75mg/día (rango 12.5 - 500mg/día), y en el otro 137.5mg/día (29). Es pertinente señalar que la evidencia indica que, durante la lactancia, el uso de corto plazo de antipsicóticos de segunda generación pareciera ser relativamente seguro para el lactante expuesto. Lo anterior es válido en especial para olanzapina, quetiapina y ziprasidona (29).

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Cabe recordar que las mujeres con una historia de DPP presentan un riesgo considerable de presentar recidivas durante nuevos pospartos. Esto cambia significativamente si se usan antidepresivos en forma preventiva. En efecto, un pequeño estudio, con madres con historias de DPP, mostró que solo una de 14 madres (7%) que tomaron sertralina sufrió una recidiva, en comparación a cuatro de ocho (50%) que recibieron placebo (39). Tanto el tratamiento con sertralina como el tratamiento con placebo fueron administrados inmediatamente después del parto y se mantuvieron por un período de 17 semanas.

En otro estudio, realizado en mujeres con trastorno bipolar, se observó que las recidivas posparto eran significativamente menos frecuentes cuando se usaba medicación preventiva desde el embarazo (23%), que cuando no se ocupaba medicación (66%) (40). Al respecto, la mayoría de los estudios se han efectuado con litio. En contraste con esto, los estudios sobre la eficacia profiláctica de la lamotrigina, olanzapina, quetiapina y risperidona son muy escasos (40). Por cierto, los beneficios de la farmacoterapia profiláctica durante el embarazo debe evaluarse considerando también los potenciales riesgos asociados a la exposición a la medicación in utero. Una revisión sistemática y meta-análisis reciente concluyó que los datos disponibles eran insuficientes para poder evaluar la eficacia de la farmacoterapia cuando es iniciada inmediatamente después del parto como estrategia profiláctica en mujeres con trastorno bipolar.

El alto riesgo de recidiva de la patología anímica puerperal hace imprescindible que, en la evaluación de toda gestante/puérpera, se pregunte sobre los antecedentes de depresión. Como se ha visto, cuando hay antecedentes de depresión posparto, en el contexto de una depresión monopolar, o de bipolaridad, la implementación de medidas generales (por ejemplo, psicoeducativas, logísticas, etc.) y/o específicas (psicoterapéuticas, farmacológicas), disminuye en forma importante el riesgo de un nuevo episodio y ello beneficia a la madre y a su descendencia.

ANEXO ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| <p>(1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> <p>(2) He disfrutado mirar hacia delante:
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> <p>* (3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>(4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> <p>* (5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>* (6) Las cosas me han estado abrumando:
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>* (7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>* (8) Me he sentido triste o desgraciada:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>* (9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca</p> <p>* (10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |
|---|--|

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Explicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):

Es el instrumento de tamizaje para depresión más usado durante el posparto y también durante la gestación, en todo el mundo. Es una encuesta auto-administrada, desarrollada por Cox y colaboradores

(1) en 1987. Fue diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, puntuadas de 0 a 3, en grado creciente de gravedad de los síntomas.

En Chile, esta versión se ha validado para ser usada en el posparto (2), y en el embarazo (3). Para el posparto se recomienda usar el punto de corte 9/10 (Puntaje ≥ 10 = probable depresión posparto). En el embarazo se sugiere usar el punto de corte 12/13 (Puntaje ≥ 13 = probable depresión en el embarazo).

Referencias Anexo:

- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
- Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91.
- Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a Spanish translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18 (4): 607-12.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oppenheim GB. *Psychological disorders in pregnancy*. Priest RG (ed). *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology*. London, Butterworths 1985; 93-146.
2. Jadresic E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1992; 30: 99-106.
3. Alvarado R, Rojas M, Monardes J y cols. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat (Chile)* 1992; IX (3-4): 1168-76.
4. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit J Psychiat* 1984; 144: 35-47.
5. Jadresic E, Jara C, Araya R. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1993; 39(1): 63-74.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
7. Kendell R, McGuire R, Connor Y, Cox J. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981; 3(4): 317-26.
8. Kuevi V, Causon R, Dixon AF, Everard DM, Hall JM, Hole D et al. Plasma amine and hormonal changes in "postpartum blues". *Clin Endocrinol (Oxf)* 1983; 19 (1): 39-46.
9. Toohey J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55 (3): 788-97.
10. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(15 Suppl): 26S-32S.
11. Lee DT, Chung TK. Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21 (2): 183-91.
12. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER et al. Poor prepregnancy and antepartum mental health predicts postpartum mental health problems among US women: a nationally representative population-based study. *Womens Health Issues* 2011; 21 (4): 304-13.
13. Leung BM, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M, APRON Team. Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community Ment Health J* 2017; 53 (4): 420-31.
14. Alvarado R, Perucca E, Neves E et al. Cuadros depresivos en el posparto y factores asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993; 58 (2): 135-41.
15. Jadresic E, Jara C, Araya R. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1993; 39 (1): 63-74.
16. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* 2015; 143: 887-94.
17. Harris B, Lovett L, Roberts S et al. Cardiff puerperal mood and hormone study, Paper 1: Saliva steroid hormone profiles in late pregnancy and the puerperium: endocrine factors and parturition. *Horm Res* 1993; 39: 138-45.
18. Michaud P. Tiroides y embarazo. *Rev Med Chile* 1993; 121: 677-78.
19. Harris B, Othman S, Davies JA. et al. Transient postpartum thyroid dysfunction and postnatal depression. *J Affect Disord* 1989; 17: 243-49.
20. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (6): 924-30.
21. Cox J, Holden J. *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Glasgow: The Royal College of Psychiatrists, 1994.
22. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 187-91.
23. Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E. La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el posparto. *Rev Psiquiat* 1992; 3-4: 1177-81.
24. Hostetter B, Stowe Z. Postpartum mood disorders. En: Lewis-Hall F, Williams T, Panetta J, Herrera J, editors. *Psychiatric illness in women. Emerging treatments and research*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
25. Aktar E, Bögels SM. Exposure to parents' negative emotions as a developmental pathway to the family aggregation of depression and anxiety in the first year of life. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2017 May 20. doi: 10.1007/s10567-017-0240-7. [Epub ahead of print]
26. Hay D, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89.
27. Hay D, Pawlby S, Angold A, Harold G, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39(6): 1083-94.
28. Whiffen V, Gotlib I. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 274-9.
29. Sharma V, Doobay M, Baczynski C. Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. *J Affect Disord* 2017; 219: 105-11.
30. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
31. O'Hara MW. Post-partum blues, depression, and psychosis: A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 7: 205-27.
32. Brockington IF, Winokur G, Dean C. Puerperal psychosis. En Brockington IF, Kumar R (eds). *Motherhood and Mental Illness*. New York, Grune and Stratton, 1982.
33. Kadmas A, Winokur G, Crowe R. Postpartum mania. *Br J Psychiatry* 1980; 135: 551-4
34. Stewart DE, Klompenhouwer JL, Kendell RE, van Hulst AM. Prophylactic lithium in puerperal psychosis. The experience of three centres. *Br J Psychiatry* 1991; 158:393-7.
35. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman M. Treatment of Mood Disorders during Pregnancy and Postpartum. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 273-93.
36. Wesseloo R, Liu X, Clark CT, Kushner SA, Munk-Olsen T, Bergink V. Risk of postpartum episodes in women with bipolar disorder after lamotrigine or lithium use during pregnancy: A population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017 May 3;218:394-397. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.070. [Epub ahead of print]
37. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynaecologists. *Obstet Gynecol* 2008; 11: 1001-19.
38. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2015; 445: 1-28.
39. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (7): 1290-2.
40. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173 (2): 117-27.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN ADICCIONES EN EL HOSPITAL GENERAL

LIAISON PSYCHIATRY IN ADDICTIONS AT THE GENERAL HOSPITAL

DR. DANIEL SEIJAS (1)

(1) Departamento de Psiquiatría Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: dseijas@clc.cl

RESUMEN

El presente artículo revisará la epidemiología general de las adicciones para mostrar la carga de enfermedad que ellas le endosan a la población y los servicios de salud, mostrando los factores de riesgo más importantes en salud hoy en Chile y en el mundo. Asimismo, busca actualizar algunos conceptos sobre el enfrentamiento integral del problema de las adicciones en el ambiente hospitalario. Sus diferentes puertas de entrada, el proceso de tamizaje, diagnóstico intervención breve y derivación en coordinación con equipos especializados, hoy presentes en varios servicios de salud del país y algunas clínicas privadas. Veremos también ejemplos en el extranjero como en Chile y en particular en Clínica Las Condes de coordinación integral multiprofesional que ha mejorado la atención de nuestros enfermos y los resultados de los tratamientos.

Palabras clave: Adicciones, intervención en crisis, hospital general.

SUMMARY

The present article will show the general epidemiology of addictions showing the burden of disease on the people and health system, how these risk factors are some of the most important ones in health in Chile and the rest of the world.

Likewise, it looks to update some concepts regarding how to face in a more integrated way the problems of addictions at the hospital level on its different "way ins", inpatient units, emergency services looking at a process of Screening, brief intervention and referral to coordinated

specialist teams in addictions, nowadays available on several hospitals and a few private clinics.

We will see some successful approaches from abroad and from Chile were coordinated multiprofesional teams improve the care of the patients and hence the results obtained.

Key words: Addictions, brief interventions, general hospital.

EPIDEMIOLOGÍA

"El consumo de sustancias psicoactivas se encuentra ligado a las culturas tanto como los alimentos y otras costumbres" (Lewis 1901). Sin embargo, es también el uso de alcohol, tabaco y otras drogas importante causa morbimortalidad a nivel global y su impacto genera costos sanitarios, sociales y económicos.

El consumo de sustancias en población de 12 a 64 años medido en las encuestas del Observatorio de Sustancias del SENDA (Servicio Nacional Drogas y Alcohol) en el 2015, muestra en el tabaco una detención del descenso mostrado a lo largo de la década pasada. No obstante, se observa un aumento significativo en mujeres pasando de un 20.1% en 2012 a un 22.2% en 2014, equiparándose las prevalencias de consumo respecto a hombres (1).

Sin embargo, el estudio ENCAVI (Encuesta de Calidad de Vida y Salud) reciente ha mostrado una reducción del consumo de tabaco del año 2000 a 40%, 2006 un 39.1 y en el 2016 de un 30.1%. (36)

En el caso de la marihuana se observa un cambio en nivel independiente del sexo, edad y nivel socioeconómico, pasando de un 7.1% en 2012 a un 11.3% en 2014, es decir al menos aumentó un 60% en dos años, probablemente coincidente con los proyectos de “despenalización/legalización” del consumo de marihuana y la baja percepción de riesgo en adolescentes, facilitado por el lobby de varias organizaciones (1).

La prevalencia de consumo de alcohol aumentó 8.1 puntos porcentuales respecto a 2012 y es el mayor reporte en la serie de estudios desde 2008. El aumento se da en mayor medida en mujeres respecto a hombres (10 frente a 6.1 puntos porcentuales), a pesar de lo anterior, el consumo continúa siendo significativamente mayor en hombres (1).

Para cocaína, el aumento en la prevalencia año se explica por un aumento significativo en hombres (1.3% a 2.2%) y en niveles socioeconómicos medios (0.6% a 1.3%), interesantemente en la misma cuantía mostrado para la marihuana 60%. Por otro lado, la prevalencia de consumo de pasta base se mantiene en un 0.5% variando sólo 0.1 puntos porcentuales respecto al 2012 (1).

La tasa de mortalidad atribuible al alcohol y otras drogas ilícitas es de aproximadamente 39 por cada 100000 habitantes a nivel mundial, de las cuales el 90% son por alcohol. Asimismo, producen una pérdida de 13 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) por cada 1000 habitantes en el mundo (1).

Los costos económicos asociados al consumo de drogas se han estimado en aproximadamente 500 millones de dólares al año, equivalente al 0.45% del producto interno bruto del año 2006 (7). Por su parte, en un estudio publicado recientemente se estimó que el 9.8% del total de muertes ocurridas en la población de 15 años y más en Chile son atribuibles al consumo de alcohol (3).

El alcohol es factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos y responsable del 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, siendo más crítico el uso en edades entre 20 a 39 años, donde un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol (4). El alcohol es también el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, franja etaria en la que el hombre y la mujer suelen ser más productivas económicamente (5).

El alcohol es el **primer factor de riesgo** que causa más muerte y discapacidad en Chile. Según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible para nuestro país (6), el consumo de alcohol como factor de riesgo, se relaciona con el 12.4% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o disca-

pacidad. Esto es el doble de los AVISA producidos por obesidad (6.3%) o por presión arterial (5.6%). El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la salud en nuestro país (8).

Chile se sitúa en el primer lugar en Latinoamérica en cantidad de consumo de alcohol per cápita al año, con un total de 9.6 litros de alcohol puro per cápita en adultos (8), lo que hace un volumen de 1099000 de litros anuales y alcanza los 61.3 litros por persona. En estudios nacionales se ha visto un consumo diario **55grs.** de alcohol puro por persona al día. (9) El patrón de consumo promedio sería de atracones de consumo, focalizados en un día o dos a la semana, patrón ya descrito como “*Binge Drinking*”, en edades de 18-29 años, llegando en adolescentes a un promedio de 80 grs. de alcohol puro al día de consumo (9). Esto se ejemplifica en los adolescentes que en “las previas” antes de las fiestas consumen su “media promo” consistente en media botella de pisco (destilado) más bebida cola en un periodo no mayor de dos horas, agregándole la gravedad de la intoxicación en corto plazo, con el descontrol consecuente y superando así la capacidad de metabolización hepática, aumentando los riesgos y daños (2).

Para la medición y control de la ingesta la OMS definió UBE (Unidades Básicas Estándar) que equivalen a 1 trago de alcohol conteniendo una (UBE) o medida estándar de etanol (alcohol), 10 gramos de alcohol puro por “trago”. (10) En el caso de UK el UBE se define en 8 gramos (1), mientras que en Chile en la ENS 2010 (9) informa que el gramaje promedio de alcohol es de 15.5 grs. por trago, es decir, sería el doble que en UK y 50% más que OMS y las guías de Minsal de intervención breve define el estándar en 14grs. (11).

El **consumo de bajo riesgo**, es definido hasta 20grs. de alcohol al día, consumo que no debe repetirse por más de 5 días a la semana, recomendando al menos 2 días sin consumo (4). Las mujeres debieran consumir menores cantidades de alcohol, ya que está reportado que el consumo de más de 12 grs. de alcohol diario en mujeres se asocia a un aumento de probabilidad de cáncer de mama y por sobre estas cantidades diarias, aumenta el riesgo de ocurrencia de más de 200 enfermedades crónicas (8).

- El **consumo de riesgo** es un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40grs. diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60grs. diarios en varones (13).

- El **consumo perjudicial** se refiere a aquel que lleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40grs. de alcohol al día en mujeres y de más de 60grs. al día en hombres.

- El **consumo excesivo episódico o circunstancial** (también llamado “*binge drinking*”), puede resultar particularmente dañino

y generar ciertos problemas de salud. Esto es el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60 grs. de alcohol en una sola ocasión.

• La **dependencia del alcohol** es un constructo definido por Griffith Edwards & Gross en 1976 (12) y presente en el ICD 10 y DSM V en el Trastorno por uso de Alcohol cuyos criterios clínicos son (13):

El año 2014 el alcohol estuvo presente en 5654 accidentados, con 5142 lesionados y 193 fallecidos, un aumento en relación al 2013. Una vez implementada la Ley "Tolerancia Cero" el año 2012, se registró una baja importante en la mortalidad por alcohol (14).

Un 37% de los delitos tienen alguna relación con el consumo de drogas en población adulta, mientras que en los adolescentes llega al 21%. Sin embargo, cuando se realiza esta misma estimación en relación al consumo de drogas y/o alcohol, los porcentajes aumentan a 57% y 32% respectivamente, lo que evidencia que la contribución del alcohol en este tipo de acciones es de gran importancia (15).

Un 81.2% de los que cometen delitos se asocia con consumo de sustancias siendo el alcohol asociado en el 88.8% de los casos en adultos y para cocaína (clorhidrato o pasta base) del 70.6% (16).

De los costos sociales y económicos directos e indirectos para el país por consumo de drogas ilícitas y alcohol en Chile, en el año 2006, fue de \$882512 millones de pesos (en moneda de valor de ese año). Específicamente, el alcohol se lleva la mayoría del costo estimado, alrededor de \$550000 millones (16).

SERVICIOS DE URGENCIA

Una de las puertas de entrada más importantes en todos los establecimientos hospitalarios y crecientemente en nuestra clínica, son los servicios de Urgencia. Sin embargo, el diagnóstico, intervención mínima y posterior derivación, no adquiere aún la relevancia que ha tomado en las últimas décadas en otros países como veremos a continuación.

En el año 1994 en el norte de Chile (proyecto colaborativo MINSAL y la Comunidad Económica Europea CEE) se implementó un proyecto piloto "PAM drogas" de evaluación, intervención, y vigilancia epidemiológica, que entre varias acciones estudió la consulta de pacientes en servicios de urgencia. Ahí se comparó el reporte de consumo de sustancias de los pacientes consultantes a servicios de urgencia en Arica e Iquique, el diagnóstico en la atención hecho por los profesionales y contrastando con muestras de drogas en orina (17).

TABLA 1. Criterios diagnósticos de Trastorno por uso de Alcohol (DSM-V) 2013

A. Patrón problemático de uso de Alcohol que clínicamente altera en forma significativa o produce estrés manifestado por al menos dos de los siguientes hechos, en un periodo de 12 meses:

1. A menudo usa alcohol en mayor cantidad o durante un periodo más largo del que la persona se había propuesto.
2. Deseo persistente de usar 1 o más intentos fracasados por reducir o controlarlo.
3. Usa una cantidad significativa de tiempo destinada a actividades relacionadas con conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. *Craving* o fuerte deseo o urgencia por beber alcohol.
5. Uso recurrente del alcohol resultando en falla de cumplir con obligaciones en el trabajo, colegio o en la casa.
6. Continúa usando alcohol a pesar de presentar persistentes problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol
7. Importantes actividades sociales, ocupacionales, o recreativas abandonadas o reducidas por el uso de alcohol.
8. Uso recurrente de alcohol en situaciones físicamente peligrosas
9. Persistencia del consumo pese a conocer los riesgos que el tabaco produce en la propia salud física y/o psicológica.
10. Tolerancia, definida por: aumenta la cantidad de alcohol consumida para conseguir embriaguez o el efecto deseado, o disminución del efecto al mantener la misma cantidad.
11. Síntomas de Privación: El paciente presenta síntomas característicos de privación de Alcohol o sustancias cercanas (benzodiazepinas, etc.) son usadas para reducir o evitar los síntomas de privación.

SI EL PACIENTE PRESENTA 2 O MÁS CRITERIOS SE PLANTEA LA EXISTENCIA UN "TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL". DSM-V

Se observó una asociación importante entre motivos de consulta traumáticos y violencia, consumo drogas y alcohol, sin embargo, había contradicciones entre el reconocimiento de pacientes que, teniendo una muestra positiva a drogas, negaban el haber consumido de 1 es a 3, es decir que solo alrededor de un tercio reconocía haber consumido a pesar de tener una muestra positiva a drogas en el momento de la consulta (17).

En un estudio de carácter regional, que evaluó la presencia de consumo de alcohol y otras drogas en personas ingresadas a servicios de urgencia, encontró que de los 2963 participantes de 6 países latinoamericanos (Chile, Argentina, Bolivia, Perú, Uruguay y Colombia), 231 pacientes ingresaron por accidentes relacionados con algún tipo de acto de violencia, donde la prevalencia de consumo de alcohol llegó al 46% (n=106). Para el caso específico de Chile, de 56 pacientes ingresados por violencia de algún tipo, un 39% (vs. un 12% en la muestra total) lo hizo con presencia de hálito alcohólico (15).

En las pruebas toxicológicas, el 12% arrojó positivo para alcohol y el 20.9% para benzodiazepinas. La prevalencia del marihuana, cocaína, anfetaminas y opiáceos fue de 7.5%, 8.5%, 3.0% y 1.0%,

respectivamente. La prevalencia de drogas ilícitas en general fue de 15.3%.

Se observaron diferencias significativas por sexo en el consumo de benzodiazepinas (17.6% en hombres y 27.2% en mujeres, $p=0.014$), por tramo de edad para cocaína (mayor porcentaje en grupo entre 19 y 25 años 11.6%), según situación de pareja para marihuana (sin pareja 11.9% vs. con pareja 4.7, $p=0.005$) y según motivo de ingreso para alcohol, cocaína (mayor prevalencia en personas ingresadas por violencia alcohol 39.3% y cocaína 22.0% (18).

Otros estudios en la región metropolitana mostraron también altas prevalencias de consultas por alcohol en servicios de urgencia, pero sin intervenciones y escasa derivación a tratamientos especializados (19).

Los resultados de estas investigaciones confirman la alta prevalencia de problemas de consumo de sustancias adictivas y por ende la necesidad de sospecha clínica y anamnesis dirigida en casos de consultantes a servicios de urgencia por eventos traumáticos, secundarios a violencia y morbilidad general y que permitan intervenir y/o derivar correctamente los casos como en cualquier otro diagnóstico médico de urgencia.

TABLA 2. Validación de la impresión al ingreso, auto reporte de consumo y presunción médica

Etapa	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Correctos clasificados (%)	VPP (%)	VPN (%)	LR+	LR-
ALCOHOL							
Hálito alcohólico al ingreso	87.30	92.54	91.92	61.1	98.2	11.70	0.14
Auto reporte últimas 6h	93.75	92.49	92.64	63.2	99.1	12.48	0.07
Presunción Médica	96.00	89.88	90.55	53.9	99.5	9.48	0.04
COCAÍNA TOTAL (INCLUYE PASTA BASE)							
Auto reporte últimas 6h	23.26	99.35	92.87	76.9	93.3	35.81	0.77
Presunción Médica	20.00	98.70	93.03	54.5	94.1	15.44	0.81
MARIHUANA							
Auto reporte últimas 6h	18.42	99.15	93.10	63.6	44.4	21.60	0.82
Presunción Médica	26.67	97.42	92.34	93.8	94.5	10.35	0.75

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

LR+: Razón de verosimilitud positiva (Positive Likelihood Ratio)

LR-: Razón de verosimilitud negativa (Negative Likelihood Ratio)

TABLA 3. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según motivo de ingreso al hospital

Etapa	Accidentes	Violencia	Otro motivo	p*
Alcohol n (%)	12(10.6)	22(39.3)	30(8.3)	<0.001
Marihuana n (%)	7(7.7)	7(14.0)	24(6.6)	0.161
Cocaína n (%)	6(6.6)	11(22.0)	26(7.1)	0.005
Anfetaminas n (%)	1(1.1)	3(6.0)	11(3.0)	0.219
Benzodiazepinas n (%)	11(12.0)	10(20.0)	86(23.4)	0.049
Opiáceos n (%)	2(2.2)	1(2.0)	2(0.5)	0.170
Total drogas n (%)	30(25.9)	33(58.9)	140(35.3)	<0.001

*Prueba Exacta de Fisher.

Es importante agregar, que hoy el instrumento del tamizaje o "screening" de sustancias, no estaría fácilmente disponible en todos los servicios por diversas razones técnicas, legales (de requerir un consentimiento escrito en algunas instituciones), el rechazo de los pacientes y finalmente evitación de solicitar dicho examen por los mismos facultativos, quizás por lo complejo de la operativa o por falta de capacitaciones su uso e intervenciones (Figura 1 y Gráfico 1).

Todos estos puntos merecen investigación para confirmar su ocurrencia, entrenar a los equipos en la utilidad que ofrecen al igual que otros exámenes de rutina y las intervenciones del ABCD, que su uso podría abrir en la adecuada atención integral del paciente.

¿Por qué debemos hacer entonces una pesquisa e intervención de adicciones en pacientes hospitalizados en una Clínica u Hospital General?

El problema del abuso de sustancias es un problema biopsicosocial, no solo un problema médico, pero si desperdiciamos esa ventana de oportunidad única, que constituye el paciente hospitalizado o que consulta en servicios especializados, no estaremos colaborando efectivamente a nuestra labor primordial, cual es, prevenir enfermedades, salvar la vida y/o mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, sus familias y por ende la sociedad.

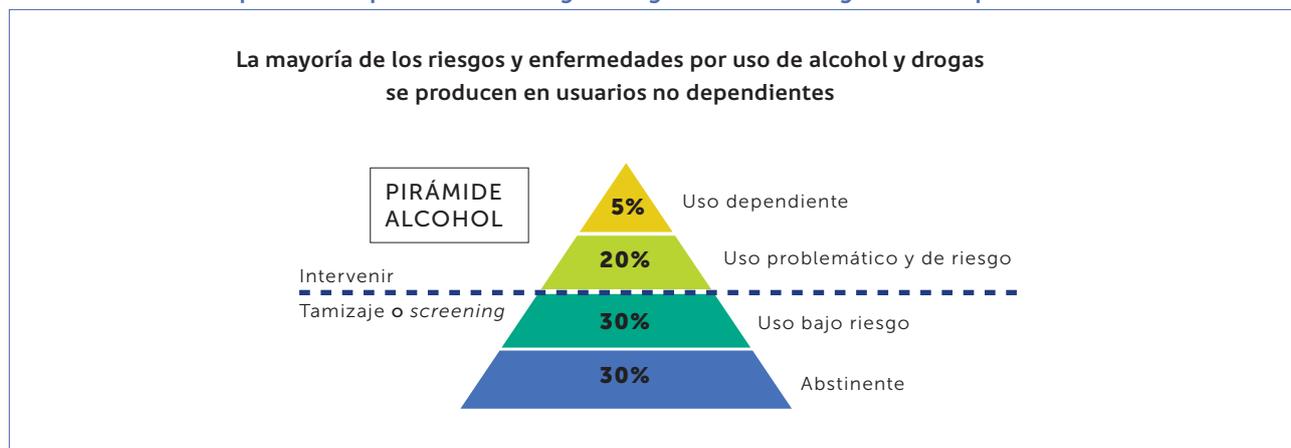
Los recursos en salud son siempre escasos y desperdiciar el recurso médico en cualquier acción de salud, sin integrar al menos una intervención mínima es malgastar recursos como perder vacunas, que se venzan medicamentos o se pierdan horas de pabellón.

No sería una "buena práctica clínica" que ante cualquier sospecha de un tumor esperaríamos a que se manifieste clínicamente como un cáncer para derivarlo a un oncólogo, aunque ellos sean los encargados finales del tratamiento. Asimismo, tampoco lo sería con una hipertensión arterial o una diabetes, más aún sabiendo la diferencia de pronóstico que tiene una intervención precoz y tratamiento oportuno en cualquiera de estas patologías.

Sin embargo, dado lo planteado epidemiológicamente, en que los problemas de alcohol, drogas y tabaco que se hacen cargo de los mayores factores de riesgo y AVISA en nuestro país, aún más que la hipertensión y obesidad, nuestra capacidad u operatividad para ofrecer intervenciones demostradamente efectivas en nuestra práctica habitual es claramente insuficiente aún.

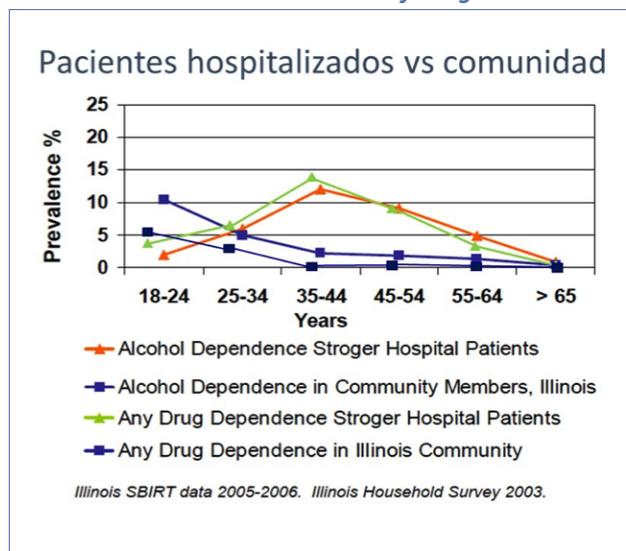
Además, como lo muestran los gráficos a continuación, la mayor parte de los problemas y enfermedades de salud los presentan los abusadores y no obligatoriamente los dependientes de sustancias, por lo que se debe intervenir antes de que lleguen a esa condición también. Esto se hace en mayor proporción a nivel primario de salud, sin embargo, las cifras de pacientes con problemas de alcohol y drogas en pacientes hospitalizados son ampliamente mayores que en APS, en las edades de 25 a 65 años. Durante la hospitalización son más accesibles y además el tiempo de exposición al tratamiento médico y la posibilidad de intervenir preventiva, motivacional o terapéuticamente es mucho mayor que en la consulta o en Atención primaria de salud (APS) dado el escaso tiempo del que se dispone para algunas de esas intervenciones.

FIGURA 1. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según motivo de ingreso al hospital



National Longitudinal Alcohol Epidemiology Study 1992, National Comorbidity Study, 1992.

GRÁFICO 1. Prevalencia de alcohol y drogas



National Longitudinal Alcohol Epidemiology Study 1992, National Comorbidity Study, 1992.

En publicaciones previas en esta misma revista (21,22) se ha mencionado “*screening*” e intervenciones, pero dirigido a sustancias en particular como tabaco o drogas de abuso con instrumentos como EBBA, AUDIT, Fagerström, Goldberg entre otros que apuntan a un diagnóstico o presunción precoz de problemas de sustancias o de salud mental.

En los últimos años la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento de tamizaje o *screening* para alcohol, tabaco y drogas de abuso llamado ASSIST, cuya aplicación en forma escalonada y coordinada por los diversos agentes de salud, enfermeras, médicos generales, médicos de diversas especialidades permite mejorar la sospecha y diagnóstico, para realizar intervenciones mínimas, entregar apoyo educativo,

realizar interconsultas más precoces a especialistas en adicciones y como tal potenciar y fortalecer un enfoque integral y multidisciplinario de los pacientes con problemas de uso, abuso y dependencia de sustancias y lograr mejores resultados de tratamiento (9).

Este instrumento se denominó ASSIST por sus siglas en inglés (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) y fue validado con un estudio multicéntrico realizado en Australia, Brasil, India, Tailandia, Reino Unido, Zimbabue y Estados (20).

El ASSIST, en su versión 3.0, es un cuestionario de ocho preguntas de aplicación breve que evalúa riesgos para la salud y otros problemas asociados al consumo de sustancias (23).

Este instrumento ha sido validado en Chile y debe ser aplicado por personal entrenado para tales efectos, como psicólogos u otros profesionales. Sin embargo hay preguntas básicas de *screening* inicial que permiten al clínico hacer una “sospecha inicial” para en una segunda instancia, u otro profesional en interconsulta, aplicar el instrumento y la intervención breve en el caso de un paciente hospitalizado (24).

En Clínica Las Condes hemos aplicado desde hace ya más de 10 años un modelo basado en las guías de Nueva Zelanda de intervención en Tabaco, que ha sido descrito en detalle en publicaciones anteriores (22). Este consiste en una aproximación sucesiva en el *screening* e intervención en tabaco, con material educativo de intervención y con un sistema de derivación que forma la base de nuestro programa “No Fumo más”. Este modelo ABC contempla Anamnesis - Breve intervención - Cesación, a lo cual agregamos una D por Derivación a equipos especializados.

Este tipo de intervenciones han mostrado también ser de utilidad para enfrentar otros tipos de adicciones tanto a nivel primario como otros “settings”.

El esquema plantea lo siguiente (Figura 2):

A Anamnesis básica de una pregunta

Este primer paso contempla que todo médico pregunte por consumo de alcohol, tabaco y drogas en forma muy breve, que veremos en las tablas las preguntas básicas.

Anamnesis Básica de una pregunta (24).

Alcohol:

• **Cuántas veces ha bebido Ud. En el último año:**

- **Hombres:** 5 o más Unidades de alcohol (>3 piscolas, >4 cervezas, >3 copas de vino)?
- **Mujeres:** 4 o más unidades de alcohol (>2,5 piscolas, 3 cervezas, 2.5 copas de vino)?

Drogas:

• **En los últimos tres meses cuántas veces ha usado:**

Marihuana, cocaína, benzodicepinas sin control médico, estimulantes, éxtasis MDMA u otras drogas?

Tabaco:

• **¿En los últimos tres meses ha fumado Ud., cuántos al día?**

B Las intervenciones breves (IB) en atención de salud reducen el uso riesgoso de alcohol

Existen evidencias provenientes de diversos estudios aleatorizados, controlados en diversos settings de salud como pacientes hospitalizados, atención primaria de salud y consultas privadas, servicios de Urgencia y centros de trauma que muestran resultados que validan el efecto de las IB en:

- Bajan el consumo de alcohol
- Bajan las enzimas hepáticas (gamaglutamiltranspeptidasa)
- Reducen las licencias y ausentismo laboral
- Bajan el beber y conducir
- Reducen las lesiones por beber y conducir
- Bajan los días de hospitalización.

Sin embargo, es importante plantear que los estudios de metanálisis nos plantean que si bien la efectividad de intervención breves en bebedores problema está establecida, los resultados para atención primaria no son concluyentes y así también para pacientes hospitalizados (37).

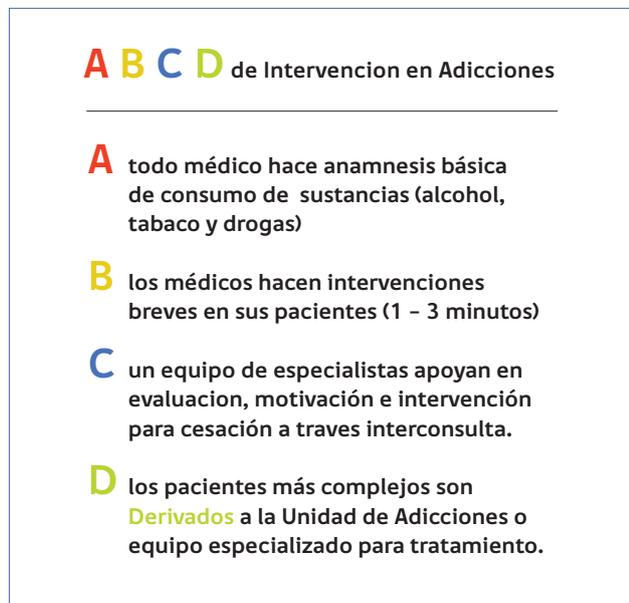
Cabe mencionar que en estos estudios las intervenciones mínimas fueron efectuadas en pacientes con diferentes niveles de enfermedad adictiva o trastorno por uso de alcohol, por lo que el efecto de la intervención debiera diferenciarse de acuerdo al estadio de avance de la enfermedad, así como en la hipertensión arterial u otras enfermedades crónicas, donde el simple consejo pudiera no ser suficiente para producir grandes cambios.

Existe además evidencia de la utilidad de las IB para Cannabis (26,27), Benzodicepinas (28), marihuana y tabaco (30), Cocaína y Heroína (29).

Todos estos factores tienen alta influencia en la salud de la población y calidad de vida, pero también en los costos directos e indirectos que producen estas conductas y los AVISA (años de vida perdidos por defunción o discapacidad). Esto refuerza nuestra aseveración de que no podemos desperdiciar el valioso recurso de salud profesional, la atención médica, perdiendo la oportunidad de salvar vidas y recursos de salud, siempre escasos, con un mínimo de tiempo y una eficaz coordinación en salud.

Un dato relevante de las revisiones en el tema es que las intervenciones breves en pacientes hombres son tan efectivas como intervenciones más prolongadas y específicas (25). De ahí se desprende que la intervención inicial, precoz y dirigida por el médico tratante y apoyada por otros profesionales en “un equipo común integral de apoyo al paciente” cobran sentido y dan mejores resultados como veremos más adelante.

FIGURA 2.



Fuentes. 22) Seijas D., El ABCD de la cesación de fumar: de la evidencia a la práctica clínica en medicina preventiva, Revista Médica Clínica Las Condes, 2010 Volumen 21, Numero 5, Septiembre, Paginas 719-731.

C Enlace hospitalizado: Intervenciones integrales Interconsulta (IC)

El diagnóstico intervención y tratamiento precoz resulta importante pues los pacientes con problemas adictivos, en general tiene dificultades de motivación al cambio de conducta, percepción de riesgo y muestran mecanismos de defensa de negación y minimización que no favorecen una pedida de ayuda a su médico tratante. Los pacientes pueden además no estar motivados a dejar de consumir sustancias, aunque eso sea muy importante para recuperarse de su cuadro médico o adictivo. Incluso algunos pacientes se muestran muy dispuestos, pero al ser dados de alta y volver a las mismas condicionantes personales, psicológicas, familiares, ambientales y psiquiátricas anteriores, retornan al uso de sustancias en breve tiempo.

D DERIVACIÓN

Como en toda patología médica, cuando un paciente es diagnosticado y tratado inicialmente en atención primaria u hospitalizado, puede requerir la intervención de especialistas en el tema de adicciones. Así entonces surgen una serie de condiciones que de cumplirse deberían llevar a una interconsulta y derivación efectiva. Los Criterios de derivación son (22):

- Cuando tiene síntomas de ansiedad, stress, depresión (Goldberg >4).
- Diagnosticar y tratar Comorbilidad (Depresión, Ansiedad, Stress) o Abuso de otras sustancias (marihuana, Cocaína).
- Cuando el médico no se siente con las herramientas o apoyos necesarios para tratarlo solo.
- Cuando el médico no se siente cómodo con el paciente (contratransferencia).
- Cuando el paciente ha tenido recaídas múltiples.
- Para apoyo y seguimiento grupal al paciente que logró dejar.
- Para Intervención Intensiva especializada de una Unidad de Adicciones o Tabaco (individual o grupal).
- Grandes fumadores de más de 20 cigarrillos.
- Ha tenido o está en tratamiento por cuadro psiquiátrico o con psicofármacos.
- Cuando por recarga laboral no da el tiempo para hacer B y C.

En 1984 ya había un estudio nacional que mostraba altas prevalencias de problemas de alcohol en pacientes hospitalizados, pero un bajo diagnóstico y en aquella época casi nula derivación a tratamiento (31).

En otro estudio del 2002, considerando todos los cuadros de abuso o dependencia actual o de curso de vida para todas las sustancias descritas, 37.9% de los hombres y 6.4% de las

mujeres de la muestra de pacientes de un Servicio de Medicina Interna hospitalizado en Hospital de Santiago, presentó algún trastorno de esta clase. La diferencia por género, fue significativa, $p < 0.00000$, y se explica por la alta acumulación de trastornos por uso de alcohol en hombres. Así, el diagnóstico más frecuente fue la dependencia a alcohol como cuadro de prevalencia de vida en 22.7% de los hombres seguido por dependencia actual (12.3%) y mayor prevalencia de benzodiazepinas en mujeres (32).

En un estudio en España, de interconsultas en hospitalizados a una unidad de adicciones, mostro que la mayoría se generan en Hepatología (30%), Medicina Interna (22%) y Psiquiatría (11%). El 83.5% son por alcohol y de ellas un 72% de éstas presentaron trastornos psicosociales que interfieren gravemente en los tratamientos médicos de ingreso.

El 47% de IC tienen antecedentes de ingresos y el 22% de IC previas. El 49% acepta visitas ambulatorias post-alta, derivándose 18% a otros centros, 14% rechaza tratamiento y el resto mueren o no se indica seguimiento ambulatorio.

Se detecta así a los consumidores más graves y cronificados, en estadios finales de su enfermedad y no en los primeros ingresos, cuando las IC serían más eficaces (33) (Tabla 4, 5 y 6).

Una consideración sería que además de un subdiagnostico a los enfermos consumidores de alcohol y drogas, lo hacemos tarde, precisamente con los más graves orgánica y psicológicamente, de mayor edad y que están en fases muy avanzadas de su proceso de deterioro psíquico y social (33), lo que hace más difícil que se beneficien de una ayuda terapéutica.

Este tipo de enfermos crónicos en el futuro generaran un elevado número de atenciones médicas con los consiguientes costos sociales y de salud indirectos (34).

Estos pacientes complejos, presentan múltiples patologías orgánicas y psiquiátricas que provocan, incluso en el caso de seguir tratamiento adictológico, un 7% de muertes a los 5 años de seguimiento (34).

Quizás debido a que algunas manifestaciones de la dependencia alcohólica son inespecíficas o porque se cree que el miedo y el consejo son suficientes para cambiar (la mera "voluntad"), o porque creen que el paciente se va a molestar si le tocan el tema, muchos médicos se abstienen de intervenir. No es cierto que la detección precoz provoque mayor rechazo, pues los pacientes rechazadores tienen una edad similar y cuentan también con un amplio historial de ingresos y sobretodo IC previas que los no rechazadores.

TABLA 4. Tipo de derivación en función de antecedentes de interconsultas, ingresos y urgencias de los pacientes

Tipo de derivación	IC previas Chi ² =8.2; p=n.s	Número de Ingresos previos F=1.4; p=n.s	Pacientes con Ingresos previos Chi ² =10.6; p=n.s	Número de Urgencias previas F=0.6; p=n.s	Pacientes con Urgencias previas Chi ² =10.1; p=n.s
UA-HCB	26.5 (%)	1.5±2	49.7 (%)	5±8	76.9 (%)
Otro CAS	16.4 (%)	1.2±2	38.2 (%)	3.7±5	63.6 (%)
Rechaza tratamiento	14.3 (%)	1.7±3	50 (%)	5.6±8	71.4 (%)
Otros recursos	23.8 (%)	0.8±1	42.9 (%)	3.4±5	47.6 (%)
Alta antes de visitarse	6.7 (%)	0.5±1	28.6 (%)	6.9±15	63.3 (%)
No derivado	18.8 (%)	2.6±4	62.5 (%)	4±4	81.3 (%)
Muerto	42.9 (%)	0.5±0.7	42.9 (%)	2.2±2	71.4 (%)
Total	21.8 (%)	1.4±2	46.7 (%)	4.7±7	71.2 (%)

Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. (1996) *Alcohol & Alcoholism.*; 31: 393-396.

TABLA 5. Duración del ingreso, demora en la petición de la interconsulta y tiempo hasta el alta posterior a la interconsulta, en función del tipo de derivación

Tipo de derivación	Ingreso p=0.000	Hasta petición IC *p=n.s.	Desde IC hasta alta p=0.000	Porcentaje de IC urgentes \$ p=0.000
UA-HCB	11±6	4±4	7±5	8.8%
Otro CAS	14±12	5±5	9.8±9.8	30.9%
Rechaza tratamiento	14±15	4±6	9.5±13	4.8%
Otros recursos	18±14	5.7±6	12.6±11	14.3%
Alta antes de visitarse	6±3	4±4	2.5±3	0
No derivado	17±22	3±3	14±20	18.8%
Muerto	25±19	8±13	17.4±18	0
Total	13±11	4.6±5	8.7±9.8	12.5%

Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. (1996) *Alcohol & Alcoholism.*; 31: 393-396.

TABLA 6. Dificultades objetivas/subjetivos para realizar un tratamiento

Tipo de derivación	Presencia de dificultades	Deterioro	Marginación	Falta de soporte familiar	Fuga o alta voluntaria	Trastorno psiquiátrico	Negación de problemas	Cronicidad de tratamientos
UA-HCB	95/147/ (64.6%)	24	3	1	0	28	21	18
Otro CAS	50/55/ (90.9%)	4	2	0	2	9	0	33
Rechaza tratamiento	40/42/ (95.2%)	4	3	0	3	11	16	3
Otros recursos	20/21/ (95.5%)	6	4	0	0	8	1	1
Total	205/265 (77%)	38	12	1	5	56	38	5

Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. (1996) *Alcohol & Alcoholism.*; 31: 393-396.

TABLA 7. Derivación UA, IPA

Derivación Unidad de Adicciones	IPA hasta 10	IPA>10 y 20	IPA>20 y 30	IPA>30 o más	Total
No n	75	87	61	70	293
%	82,42	74	71	71	74,37
Si n	16	31	25	29	101
%	17,58	26,27	29,07	29,29	394
Total n	91	118	86	99	394
%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

La IC por lo tanto cumple distintos objetivos en función de las características de los pacientes, no solamente en cuanto a la sustancia que consumen sino respecto al momento del proceso de su dependencia.

En los pacientes que debutan en su patología orgánica es una oportunidad única para encauzar el tratamiento de su dependencia de sustancias, en un momento en que las ganancias de orden físico, psíquico y social pueden ser muy importantes.

En los pacientes cronificados, que repiten ingresos y que presentan deterioro psicosocial importante tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, la IC puede permitir un objetivo de disminución de daños y minimización de los ingresos, mediante el establecimiento de una buena relación terapéutica y de controles externos, más adecuados a sus capacidades cognitivas y sociales (35).

Un aspecto primordial lo constituye el momento en que solicita la interconsulta dada la importancia de poder intervenir, educar, motivar al paciente y a sus familiares.

En la práctica es habitual solicitar la interconsulta poco antes o el mismo día del alta, lo que no da pie para una intervención y además no permite un trabajo en conjunto. Particularmente en casos en que los cuadros de privación de sustancias oscurecen o complican el diagnóstico, tratamiento y aumentan la aparición de delirium con el consiguiente alargamiento del tiempo de hospitalización y costos.

En el Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes desde junio 2015 a mayo 2017 se recibieron 89 interconsultas e pacientes hospitalizados con problemas adictivos con la siguiente distribución:

• Dependencia de alcohol	48%
• Dependencia de drogas	18%
• Dependencia de benzodiazepinas	5.6%
• Dependencia de nicotina	28%

Considerando que Clínica Las Condes tiene cerca de las 500 camas con alta rotación en 730 días cama y aplicando las cifras que hemos mencionado, podemos suponer que nuestros argumentos de subdiagnóstico e intervención son reales y eso nos da un amplio margen y espacio para mejorar nuestras intervenciones de salud y la coordinación necesaria para reducir esta brecha.

Esta realidad es mayor aún en varias instituciones en nuestro país e incluso más grave dado la escasez de recursos profesionales especializados o de Unidades de Adicciones estructuradas en esta área en muchos servicios de salud e incluso clínicas privadas.

Unos de los factores a considerar es como utilizar mejor los recursos de salud y como tal como coordinar las acciones profesionales para satisfacer la demanda de los pacientes, sea está abierta o encubierta.

En Clínica Las Condes, hay una historia de tratamiento de fumadores de más 15 años y desde hace 3 años existe una experiencia exitosa de intervención integral multidisciplinaria, desarrollada en el programa "No Fumo Más", que ha unido al Centro Clínico del Cáncer, el Departamento de Enfermedades Respiratorias y la Unidad de Adicciones del Departamento de Psiquiatría.

El programa es de carácter ambulatorio (aunque nuestras intervenciones a nivel del paciente hospitalizado han ido en aumento) y parte con una evaluación inicial de enfermería que realiza un *Screening* inicial con historia clínica, antecedentes clínicos médicos, de fumar e intentos previos, Índice Paquete Año y aplican escalas de dependencia de Fagerström, de Salud Mental Goldberg (GHQ), de motivación para Fumar y dependencia DSM V. Si en el "triage" el paciente no presenta antecedentes de patología psiquiátrica pasada o actual es derivado a broncopulmonares para cesación.

Esta coordinación centralizada por el equipo de enfermería ha permitido una derivación a la unidad de Adicciones en un mayor porcentaje al históricamente proveniente de la clásica referencia a psiquiatría, con un seguimiento y apoyo al paciente fundamental en el logro de las cifras obtenidas en el tratamiento.

El tratamiento de cesación integra consejería, tratamiento farmacológico, seguimiento telefónico y atención médica

interdisciplinaria, incluyendo médicos broncopulmonares, (en el caso del tabaco) psiquiatras y nutriólogos.

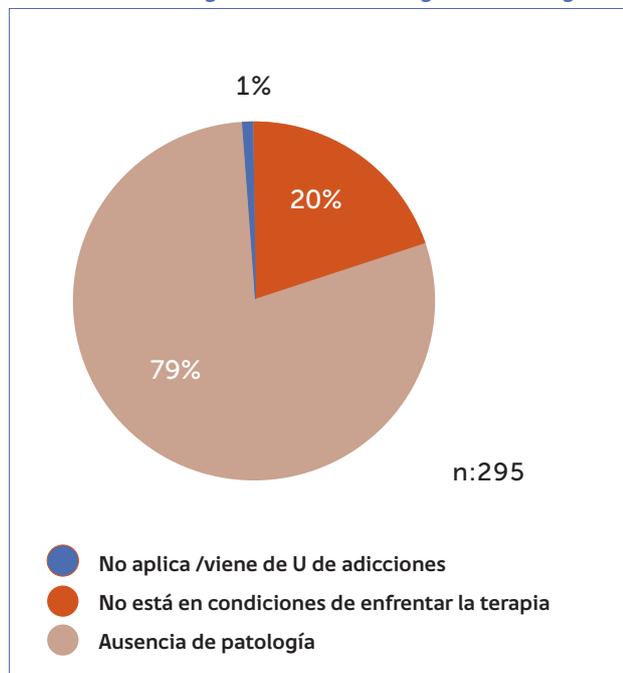
Desde el inicio del Programa integral en el año 2014, 380 pacientes han solicitado atención en el Programa. De estos, 333 pacientes cumplen con los criterios de análisis ya que son pacientes que iniciaron tratamiento y recibieron recomendación médica para cesación. La probabilidad de

mantenerse sin fumar tras un año de la primera evaluación fue de 52% (0).

Los fumadores con nivel medio y alto de dependencia tienen un riesgo significativamente mayor de recaída en el modelo univariado. El índice paquete año y el riesgo de psicopatología no resultan significativos en relación al riesgo de recaída en el modelo univariado. Esto último es importante, pues plantea que pacientes bien evaluados y tratados de sus problemas de salud mental tienen las mismas posibilidades de dejar de fumar que la población general, confirmando nuevamente nuestra experiencia de *triage* presentada en publicaciones anteriores (21,22).

El Programa "No Fumo Más" logra una efectividad igual o superior de cesación al año a lo reportado en otras experiencias, creemos por el nivel de atención integral. Es relevante analizar si experiencias como esta pueden ser aplicables en otros contextos clínicos y sociales.

FIGURA 3. Estado general de salud según Goldberg



CONCLUSIONES

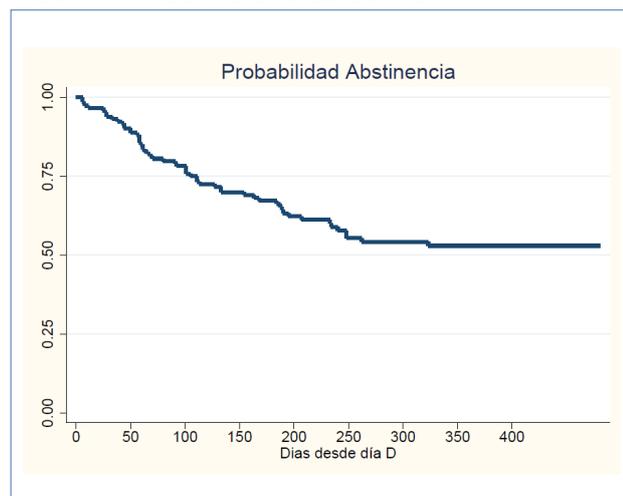
En este artículo he intentado puntualizar la necesidad imperiosa de cambiar muestras prácticas clínicas en el diagnóstico precoz, intervención mínima, intermedias y finalmente derivación a equipos especializados en las etapas precoces de las enfermedades adictivas, ofreciéndole a los pacientes mejores posibilidades de rehabilitarse, reducir daños, riesgos secundarios afectaciones familiares y sociales.

Los recursos en salud son escasos y vemos cómo pequeñas intervenciones, tienen impacto en el largo plazo, un buen "triage", derivación eficiente, oportuna y accesible, utilizando el recurso valioso de la atención médica y de los profesionales de la salud pueden hacer cambios en esta patología.

Experiencias que confluyen diversos agentes, de distintas especialidades en coordinación y trabajo en equipo, dan mejores resultados en Servicios de Urgencia, pacientes hospitalizados y pacientes de atención primaria.

Nuestro país necesita cambios en nuestro accionar en base a estos aspectos si queremos realmente disminuir la curva de crecimiento constante de uso y dependencia de sustancias.

FIGURA 4. Probabilidad de abstinencia



Última actualización Kaplan Meier, mayo 2015.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Senda-Minsal 2016 *El consumo de alcohol en Chile: situación epidemiológica* documento. Senda MINSAL
2. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. 2015. *Décimo Estudios Nacional de Drogas en Población Genera de Chile*. Santiago.
3. Castillo-Carniglia, Kaufman y Pino, Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Chile in 2009. *Alcohol and Alcoholism*, 2013, 48, 729-36.
4. Organización Mundial de la Salud - OMS. *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. 2014 WHO, Library Cataloguing in Publication Data.
5. Organización Panamericana de la Salud - OPS. *Situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas*. 2015 Washington, D.C.
6. Organización Panamericana de la Salud - OPS *Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción*. 2007 Washington, D.C.
7. Fernandez, M. El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. *Revista CEPAL*, 2012 107, 93-114.
8. Margoziñi P., Sapag J. *Drogodependencias: Reducción de Daños y Riesgos*. 2000 Comunidad Autónoma del País Vasco.
9. Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. 2010 Ministerio de Salud, Chile.
10. *Encuesta nacional de salud. ENS Chile 2009-2010* Minsal, 2010 Gobierno de Chile.
11. Organización Panamericana de la Salud - OPS. *Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción*. 2007 Washington, D.C.
12. Ministerio de Salud. *Intervenciones Breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo*. 2011 Ministerio de Salud, Chile
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition 2013* Edited by American Psychiatric Association.
14. CONASET. *Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito -Informe anual Siniestros de tránsito asociados a la presencia de alcohol*. 2014 Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, Chile.
15. Castillo, A. *Inequidad de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Chile: Estudio ecológico del período 2004-2009*. 2014 Tesis para optar al grado de doctor, Universidad de Chile.
16. Valenzuela y Larroulet. *La relación droga y delito: Una estimación de La fracción atribuible, iniciativa científica Milenio del Ministerio de Planificación Nacional*. *Estudios Públicos*, 2010, 119.
17. *Proyecto PAM-drogas servicio de salud Iquique: Taller de Prevención en el Uso Indebido de Alcohol y Drogas*. 1995 En CONACE: *Manual de Prevención de Drogas*, Santiago de Chile.
18. UNODC, CONACE, *Estudio sobre de drogas en consultantes de salas de urgencia informe final Chile diciembre 2010* UNODC, CONACE.
19. Florenzano R, Pemjean A, Seijas D, Manzi J, Orpinas P, et al M. *Prevalencia del uso de alcohol y de otros problemas relacionados con el beber. Problema en Servicios de Urgencia de Santiago de Chile*. *Rev Méd Chile* 1987; 115: 825-9
20. WHO ASSIST Working, 2011 Organización Mundial de la Salud.
21. Seijas D. "Adicciones y depresión en la salud del hombre". *Revista médica CLC*, Volumen 25, número 1, enero 2014, paginas 79-98
22. Seijas D., *El ABCD de la cesación de fumar: de la evidencia a la práctica clínica en medicina preventiva*, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volumen 21, Numero 5, Septiembre 2010, Paginas 719-731
23. WHO ASSIST Working Group. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. 2002 *Addiction*, 97, 1183-1194.
24. Gonzalo Soto-Brandt*, Rodrigo Portilla Huidobro, David Huepe Artigas, et al *Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) 2014* *ADICCIONES*, · VOL. 26 NÚM. 4
25. *The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews* . *Alcohol and Alcoholism* 13 November 2013 Vol. 49, No. 1, pp. 66-78, 2014
26. Ronald M. Kadden, et *Abstinence Rates Following Behavioral Treatments for Marijuana Dependence* *al Addict Behav*. 2007 Jun; 32(6): 1220-1236.
27. Copeland J1, Swift W, .*Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder*. *Rees V 2001 J Subst Abuse Treat*. Jan;20(1):45-52.
28. Jennifer Brodie, Steve Parrott, Heather Ashton *Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: Addiction Research and Theory* August 2008; 16(4): 309-317.
29. Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., et al . *Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroine use*. 2005 *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49-59
30. J McCambridge, J Strang - *The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people: results ...* *Addiction*, 2004 - Wiley Online Library
31. Pemjean A, Torres R, Jaar E, et al. *Alcoholismo oculto: Prevalencia de bebedores problema entre los pacientes hospitalizados en un hospital general*. *Rev Méd Chile* 1986; 114: 298-308.
32. Hernández G, Olga Montino R1, Mónica Kimelman J, et al *Prevalencia de trastornos siquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile*. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 651-660
33. Monras M. *Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial?* *Adicciones* 2001,13: 139-146.
34. Marik P, Mohedin B. *Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit*. *Alcohol & Alcoholism*. 1996; 31: 393-396.
35. Gual A; Lligona A; Colom J. *Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia*. *Alcohol & Alcoholism* 1999; 34: 183-192.
36. MINSAL, *Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015 - 2016* División de Planificación Sanitaria Departamento de Epidemiología Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, Febrero de 2017.
37. Holloway A, Watson H, et al. *The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting*. *Addiction*, 102. 1762-1770.
38. Clavero j, Silva-Illanes N, Itriago L, Seijas D, Gil R. (2014) "Implementation and preliminary results of a tobacco cessation program in a private clinic "Poster presentado en World Conference on Lung Cancer.

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MEDICAL COMPLICATIONS OF EATING DISORDERS

DR. GUILLERMO GABLER (1), DR. PABLO OLGUÍN (1), DR. ALEJANDRA RODRÍGUEZ (1)

(1) Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Email: guillermocapitan@me.com

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan una amplia variedad de complicaciones médicas que deben ser consideradas a la hora de la evaluación y que en caso de no ser detectadas precozmente pueden conducir a la muerte del paciente. En el caso de la anorexia nerviosa las complicaciones dependen del bajo peso y la desnutrición; en la bulimia, en cambio, del tipo de purga utilizado; y en el caso del trastorno por atracones se asocian a la obesidad principalmente. El propósito del presente artículo es revisar las principales complicaciones médicas de estas entidades clínicas.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, complicaciones médicas, psiquiatría de enlace, medicina psicosomática.

SUMMARY

Eating disorders present a wide variety of medical complications that should be properly addressed. Neglecting them could even lead to patient death. In case of anorexia nervosa complications depend mostly on low weight and malnutrition, in bulimia on the type of "purge" used, and binge eating disorder they are associated mainly with obesity.

The purpose of this article is to review the main medical complications of these clinical entities.

Key words: Eating disorders, norexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, medical complications, consultation-liaison psychiatry, psychosomatic medicine.

INTRODUCCIÓN

A pesar de su baja prevalencia en la población general (1,2), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un foco de especial de atención para los psiquiatras y el resto de las especialidades. Esto se explica por la población afectada, principalmente mujeres jóvenes (2), en quienes se observa una importante comorbilidad con otras patologías psiquiátricas (3,4), como también la presencia de un gran número de complicaciones somáticas. Esto no sólo genera un importante deterioro en la calidad de vida de este grupo de pacientes (5), sino que también una alta morbimortalidad. Hasta la aparición del DSM 5 se consideraban casi exclusivamente a la anorexia nerviosa y a la bulimia como las entidades relevantes a la hora de estudiar los trastornos de la alimentación. La inclusión del trastorno por atracones, como una entidad bien definida, refleja mejor la realidad clínica y amplía de manera importante el horizonte de estudio en el área (6-9). El objetivo general de este artículo es revisar las principales complicaciones médicas de los trastornos de la

conducta alimentaria. Los objetivos específicos son revisar las complicaciones de cada uno de los TCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, utilizando búsqueda de las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Scholar, con las siguientes palabras: *Medical Complications, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder*, entre los años 2000 y mayo del 2017. Se encontró un total de 71 artículos, de los cuales se revisaron referencias para obtener artículos adicionales. Se excluyeron 5 artículos por presentar información redundante. No se realizó un metaanálisis.

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

La pérdida de peso, la malnutrición y las conductas purgativas explican la amplia variedad de complicaciones médicas de la anorexia nerviosa. Estas pueden ser observadas en la mayoría de los órganos y sistemas (10) y explican más de la mitad de las muertes observadas en estos pacientes (11). Esto, además de la alta suicidabilidad (12,13) hace que se considere a la anorexia como la enfermedad psiquiátrica con mayor mortalidad, llegando a un 5.1 por 1000 personas por año (2,6). A pesar de la importancia de este último punto son pocos los estudios que examinan los predictores de mortalidad. En un metaanálisis publicado por Arcelus en 2011 (6), concluye que la edad tardía de presentación de la enfermedad y no el índice de masa corporal sería el mejor predictor de mortalidad. Otros predictores serían el abuso de alcohol y la presencia de comorbilidades psiquiátricas. Hay que destacar que estas complicaciones responden bien a un tratamiento oportuno, lo que depende en la mayoría de los casos de un diagnóstico precoz (14).

Piel

La piel sufre importantes cambios en la AN (15). Dichos cambios se han sistematizado en 4 grupos (16): Los causados por la inanición/malnutrición, los causados por la inducción de vómitos, los causados por la ingesta de fármacos y los causados por la patologías psiquiátricas asociadas.

En el primer grupo destacan:

- La alopecia de predominio frontal que se observa hasta en un 61% de los pacientes.
- La aparición de vello corporal tipo lanugo, especialmente en las pacientes más jóvenes tanto en el dorso, abdomen y antebrazos.
- La Xerosis (piel anormalmente seca) por la disminución de los lípidos de la superficie de la piel (sebo), que se presenta desde las primeras semanas de restricción alimentaria.
- La acrocianosis, generada por la vasoconstricción de las arteriolas de la piel y la venodilatación.
- Carotenoderma e hipercarotenemia, depósitos de caroteno debido a la mayor ingesta de vegetales ricos en caroteno.
- Acné y prurito que aumentan de severidad al disminuir el IMC.
- Estrías especialmente en hombres.
- Púrpura (aunque es poco frecuente).
- Acrodermatitis causada por deficiencia de zinc, biotina y ácidos grasos esenciales.

En los cambios causados por vómitos destaca principalmente el signo de Russell que se describe en la sección de bulimia.

En los cambios producidos por los fármacos podemos encontrar por ejemplo la fotosensibilidad secundaria a los diuréticos tiazídicos.

Entre los signos secundarios a la patología psiquiátrica concomitante, destacan las cicatrices producto de conductas automutilatorias en comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

Gastrointestinal

Las molestias gastrointestinales son tan diversas como frecuentes entre los pacientes con trastornos de la alimentación (17,18). Se ha llegado a plantear que los pacientes consultan antes por dispepsia que por el trastorno alimentario, lo que hace que los gastroenterólogos deban estar atentos al evaluar a población de riesgo (18). Salvioli (19) refiere que hasta un 96% de los pacientes presentan plenitud post prandial y un 90% distensión abdominal. Por su parte Wang (20) indica que dependiendo del instrumento utilizado, entre un 83% y un 94% de los pacientes cumpliría criterios de al menos un trastorno digestivo funcional, siendo el síndrome de distress postprandial el más frecuente, con un 45%, seguido por el síndrome de intestino irritable con 41%. En el caso de la anorexia nerviosa estas molestias son una de las causas del rechazo a la alimentación y permanecerían incluso luego de recuperado el peso. Su origen es poco claro, Santonicola (18) indica que la malnutrición y la miopatía metabólica resultante, además de las alteraciones electrolíticas producto de las purgas, podrían explicar, por ejemplo, la lentitud observada en el vaciamiento gástrico. Por otra parte, Abraham (21,22), propone que la presencia de una disfunción del piso pélvico (que dificultaría el paso de las deposiciones, pero que no necesariamente genera constipación) en este grupo de pacientes, sería la responsable de la sensación de distensión abdominal.

Una de las complicaciones más graves asociadas a la disminución de la motilidad y al retardo en el vaciamiento gástrico, es la dilatación gástrica aguda, la que se considera una urgencia

por el riesgo de necrosis y perforación. Se caracteriza por un intenso dolor abdominal, distensión e incapacidad para vomitar. Puede observarse en dos situaciones, en un episodio de atracón o bien, en el caso especial de la anorexia, en el momento de la realimentación (23,24).

Se conoce como síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie a los síntomas asociados a una obstrucción intestinal de origen vascular resultante de la compresión del duodeno entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior. En la anorexia nerviosa este hecho se produce de la pérdida de la grasa retroperitoneal lo que genera la reducción del ángulo aortomesentérico (25,26).

Dicho cuadro se caracteriza por pérdida de apetito, dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas y vómitos. Su presencia plantea varias interrogantes, pues si bien puede aparecer como una complicación de la baja de peso propia de la anorexia, su aparición por otras causas, puede generar un cuadro muy similar al de un trastorno de la alimentación. Su manejo es esencialmente médico, esperando recuperar la grasa mesentérica por medio de la realimentación. De no ser así y presentar mayores complicaciones, la opción quirúrgica es la indicada (27,28).

Otra complicación poco frecuente de la realimentación es la pancreatitis. Se cree que la activación de proteasas, como la tripsina, sería una de las responsables del cuadro (9).

La constipación es un síntoma frecuente en la anorexia nerviosa (18,29), presente en hasta en un 83% de los pacientes (29). Aunque se desconoce su causa exacta, se plantea que la baja ingesta de alimentos, la malnutrición, alteraciones tiroideas y la hipokalemia asociada a las purgas pueden generar una importante disminución de la motilidad del colon (18,41). Otro elemento a considerar en este aspecto es la disfunción de piso pélvico descrita por Abraham (22). Una complicación infrecuente, pero, grave de la constipación es el prolapso rectal, por lo que la exploración de la frecuencia de deposiciones de las pacientes cobra mayor relevancia (22,23).

La función hepática puede verse afectada también. Cerca de un 75% de los pacientes tienen un alza leve de las enzimas hepáticas (29), fundamentalmente la aspartato aminotransferasa y la alanino aminotransferasa, que pueden verse aumentadas entre 2 y 4 veces su valor normal (30). La que se produce por una acumulación grasa en los hepatocitos (enfermedad hepática grasa no alcohólica) (17). Dicha situación comúnmente es benigna, sin embargo, en algunos pacientes con IMC bajo 13 puede observarse una falla hepática aguda producto de un fenómeno de autofagia hepática,

la que aparece como respuesta a la restricción alimentaria (29,30).

En el síndrome de realimentación también se puede alterar la función hepática, con una importante alza enzimática además de un desbalance hidroelectrolítico (31).

Endocrino

Como respuesta a la restricción energética, y con el fin de estimular la ingesta de alimentos (32) se observan alteraciones en diversos ejes endocrinos. Esto permite mantener la glicemia y desviar energía disponible para mantener las funciones vitales.

Existe un hipercortisolismo relativo en los pacientes con AN. En respuesta a la hipoglicemia que actúa como estímulo para la liberación de CRH (hormona liberadora de corticotropina) que a su vez estimula a la ACTH. Sin embargo, los niveles de cortisol en estas pacientes no alcanzan a duplicar el valor normal y tampoco generan un síndrome de Cushing (32,33), pero estarían relacionados con la desmineralización ósea (32,33). La hipercortisolemia produce un cambio en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, con una disminución del anabolismo (34), con la consiguiente mantención de la glicemia.

La hormona tiroidea tiene la capacidad de regular el metabolismo basal (35). Durante la inanición se genera una inhibición en la liberación de hormona tiroidea lo que ayuda a mantener un índice metabólico bajo con lo que se logra mantener los depósitos de energía. Dicha inhibición estaría mediada por leptina, que se cree, genera una inhibición de la expresión de TRH con la consiguiente caída en la estimulación hipofisiaria de TSH (36,37). El resultado de esto es una caída en los niveles de T3 y T4 y una elevación de la T3 reversa. Dicha condición es conocida como síndrome del eutiroidio enfermo y puede ser observada en una serie de otras patologías severas (36).

Uno de los síntomas característicos de la anorexia es la amenorrea, la que en un 20% de los pacientes se instala previa a la baja de peso (37). Esta amenorrea puede ser primaria o secundaria, dependiendo de la edad de inicio de la enfermedad y se produce por una disminución de la pulsatilidad de la hormona liberadora de Gonadotropinas (GnRH), producto de la baja en los niveles de leptina (hormona producida por el adipocito). Dicha alteración se traduce en bajos niveles de hormona luteinizante (LH) y de hormona folículo estimulante (FSH) (amenorrea hipotalámica) (11). Se ha observado que la deficiencia congénita de leptina produce un cuadro de hipogonadismo hipogonadotrófico y que la administración de leptina en mujeres con amenorrea hipotalámica, pero con peso normal, puede resultar en ciclos ovulatorios. Sin embargo, la potencial

baja de peso asociada a su uso limita su utilidad en anorécticas (33). Con la ganancia de peso y la consiguiente recuperación de la masa grasa existe la tendencia a la reaparición de los ciclos menstruales (34). En el caso de los hombres los bajos niveles de testosterona pueden generar disminución de la potencia, de la libido y de la fuerza muscular.

Se ha visto que en adolescentes y adultos con AN existen niveles aumentados de GH, sin embargo los niveles de factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF 1), que es la hormona sintetizada en el hígado por estimulación de la GH, se encuentran disminuidos (11,34). Esto se explica por la aparición de una resistencia a la GH a nivel hepático, derivada de la disminución de la expresión del receptor de GH. Algo similar a lo observado en la cirrosis hepática (38). Dicha resistencia es significativa, pues el IGF1 es el responsable de una gran cantidad de los efectos de la Gh, por lo tanto, cumple una función anabolizante, inhibiendo la proteólisis y estimulando la síntesis proteica. Aumenta también, la utilización de la glucosa a nivel periférico e inhibe la gluconeogénesis hepática, por lo que tiene un efecto anti-diabético (38).

Como resultado de los cambios endocrinológicos descritos, principalmente el hipercortisolismo, la disminución de los niveles de estrógenos y la resistencia a la GH, es que a nivel óseo se observa una importante pérdida de la densidad mineral que se manifiesta en un 85% de las pacientes con una densidad ósea de al menos una desviación standard por debajo del promedio para la edad, además de una alteración en el recambio óseo los que generan a un importante riesgo de fracturas (39,40). En pacientes que realizan ejercicio compulsivo el riesgo de fracturas de stress se ve aumentado (41).

Cardiovascular

Son las más temidas en el caso de la anorexia nerviosa (42). Se cree que los cambios estructurales y funcionales observados aumentan significativamente el riesgo de muerte súbita (43), por lo que deben ser reconocidos y manejados precozmente. Tradicionalmente las anomalías más descritas son bradicardia, hipotensión, prolapso de la válvula mitral y arritmias asociadas a la hipokalemia o hipo magnesemia. Sin embargo, en una revisión sistemática del 2016, Sachs (44) describe una serie de otras complicaciones, no menos frecuentes que permiten ampliar la mirada con respecto a los riesgos de la anorexia sobre el sistema cardiovascular. Postula una sistematización del compromiso cardiovascular de la siguiente forma: Complicaciones estructurales, alteraciones de la repolarización y la conducción, cambios hemodinámicos y alteraciones vasculares periféricas. Dentro de las alteraciones estructurales, destacan el derrame pericárdico, el cual sería reversible luego de la realimentación y cuya frecuencia se estima en un 35% y

que raramente alcanza a desarrollar un taponamiento cardíaco (44,45). Por su relación con bajo IMC, se recomienda realizar ecocardiograma en las pacientes severas o en todas aquellas en que se presente una hipotensión importante, pulso paradójico o presión venosa yugular elevada. En los casos en que la pérdida de peso es significativa se observa una atrofia ventricular izquierda, cuyo origen no está de todo claro (44) con una disminución del volumen de ambas cámaras, asociado a un prolapso de la válvula mitral entre un 33 y un 66% de los casos (45). La bradicardia sinusal se observa en un 95% de los casos, la que estaría relacionada con un aumento del tono vagal. Junto con lo anterior se presenta una reducción de la presión sistólica y diastólica, lo que puede facilitar la aparición de episodios de síncope (44). Además de la bradicardia, se describe un intervalo QT mayor que la población general, pero dentro de límites normales (42) lo que puede resultar riesgosa si se asocia una hipokalemia o uso de fármacos que prolonguen el QT. También se observa una dispersión aumentada del QT que se ha visto asociada al riesgo de arritmias (44). Con respecto a las anomalías vasculares periféricas, estas derivan de una desregulación de la vasodilatación y vasoconstricción en respuesta a la temperatura principalmente. Esto explica fenómenos como la acrocianosis, muy común en la AN.

Renal

Stheneur (46) publicó en 2014 una revisión de las complicaciones renales observadas en la AN. Frecuentemente se presenta una importante caída en la tasa de filtración glomerular, que puede llevar a un 5% de los pacientes a una falla renal terminal luego de 20 años de enfermedad. Producto de la pérdida de masa muscular, se puede presentar una creatinemia anormalmente baja por lo que medir la velocidad de filtrado glomerular puede ser difícil. Se recomienda hacer dicho cálculo con la orina de 24 horas. Además, podría existir un síndrome de secreción inadecuada de hormona anti-diurética, cuyo origen no está del todo definido. Con respecto a los electrolitos destacan la hiponatremia, hipomagnesemia e hipofosfatemia, estas últimas relacionadas con la realimentación. La deshidratación crónica aumenta el riesgo de urolitiasis, la que puede llegar a presentarse en un 5% de los casos.

BULIMIA NERVIOSA

Se calcula que la mortalidad de la BN puede llegar a 2.2 por 1000 personas año (6) con tasas de suicidio incluso mayores que las de la AN (47). Dichas complicaciones dependen principalmente del método y la frecuencia de la conducta compensatoria (purgas) utilizadas como respuesta a los episodios de atracones. Los métodos más utilizados son la inducción de vómitos y el uso de laxantes en un 90% de los casos (30), por lo que la mayoría de los autores se refieren a estos al tratar el tema

de las complicaciones médicas en BN. Sin embargo, a pesar de la baja frecuencia, el uso de diuréticos presenta un importante riesgo por lo que debe ser considerado. En común, los tres métodos generan alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, sin embargo, cada uno presenta particularidades. Las siguientes complicaciones se observan también en la AN purgativa

Piel y anexos

Con respecto a los cambios observados debido a la inducción de vómitos se encuentra el signo de Russell, que se describe como la presencia de callosidades en el dorso de la mano dominante del paciente (16). A pesar de ser considerado como un signo característico Tyler (47) sugiere que no es confiable pues existe una importante variabilidad a la hora de ser evaluado por distintos especialistas. También existe el riesgo de hemorragia subconjuntival sobre todo en el contexto de arcadas prolongadas (48).

Cavidad Oral y Faringe

Los vómitos recurrentes pueden generar una importante alteración en la capacidad Buffer de la cavidad bucal (49). Esto por la presencia de contenido ácido proveniente del estómago como también producto de la xerostomía generada por la sialoadenosis parotídea principalmente (50), cuyo origen no está claro (30), y que se presenta en casi un 25% de los pacientes (48). Cuando el Ph bucal alcanza un valor crítico de 5.5, el esmalte comienza un proceso de desmineralización que produce erosiones dentales y caries (51). Además de lo anterior se generan lesiones en las partes blandas de la boca, principalmente en el paladar blando que tienen su origen tanto en el menor Ph como también por trauma directo por la autoinducción del vómito (52). El contenido ácido también afecta a la faringe y laringe. Se puede manifestar con dolor de la zona, disfonía, tos seca y disfagia. También se puede observar úlceras y enrojecimiento de la zona producto de la inflamación (53).

Esófago

Los vómitos persistentes pueden producir una pérdida de tono del esfínter gastroesofágico generando síntomas compatibles con reflujo gastroesofágico (54,55). La severidad de estos síntomas abarca desde la pirosis, que puede estar presente hasta en un 68.8% de los casos (56), hasta la hematemesis producto de un síndrome de Mallory Weiss o bien por una esofagitis hemorrágica secundaria al reflujo ácido (57). El esófago de Barret es otra complicación observada en estos casos. Esta entidad caracterizada por el reemplazo del epitelio escamoso por epitelio columnar en el tercio inferior del esófago aumenta el riesgo de cáncer de 30 a 125 veces (57). Por lo anterior se recomienda realizar en estos pacientes una endoscopia de

manera rutinaria.

Gastrointestinal

Se ha observado una alteración del funcionamiento gástrico en estos pacientes. Existiría una disminución de la relajación post prandial, lo que indicaría que el estómago es menos reactivo (58) a pesar de no presentar alteración en el vaciamiento (17). Producto de lo anterior existe el riesgo de presentar una dilatación gástrica aguda como una complicación grave que puede llegar incluso a la perforación (59,60).

El uso crónico de laxantes como método de purga a la larga genera serios problemas a nivel intestinal (48). Los más utilizados son los que aumentan el tránsito por lo que en general la absorción de nutrientes no se ve afectada (61). El consumo inicial es de bajas cantidades de laxantes que al generar refractariedad en la respuesta, escala de manera gradual a grandes dosis. Los efectos más comunes a nivel intestinal son: constipación, melanosis coli (pigmentación oscura de la mucosa colónica), colon catártico, atrofia de la musculatura lisa, aumento de la grasa submucosa, fibrosis e hipertrofia de la capa muscular de la mucosa (61).

Electrolitos

Los episodios de vómitos pueden generar deshidratación y pérdida de potasio, las que son compensadas por el sistema renina-angiotensina-aldosterona. La aldosterona incrementa la absorción renal de sodio y bicarbonato. Lo que genera hipokalemia, hipocloremia y alcalosis metabólica. Lo que es conocido como síndrome de pseudo Bartter (62), para diferenciarlo del síndrome de Bartter que corresponde a un defecto hereditario en el transporte de electrolitos a nivel tubular. Aunque se suspendan los vómitos, el riñón tiende a mantener la absorción aumentada de sodio y bicarbonato lo que puede llegar a generar edema periférico (50).

La diarrea generada por el uso de laxantes tiene efectos similares a los producidos por los vómitos, ya que también existe una pérdida de agua e hipokalemia, pero, además cloro y bicarbonato llevando también a una alcalosis metabólica. En el caso del uso breve, el cuadro puede caracterizarse por una acidosis metabólica hiperclorémica.

En el caso de los diuréticos, el mecanismo de acción define las complicaciones observables. Todos producen hiponatremia, sin embargo, los diuréticos de asa y los tiazídicos (63) se observa además pérdida de cloro y potasio, en cambio los ahorradores de potasio el riesgo ya no es de hipokalemia, sino que también puede observarse una hiperkalemia y una acidosis metabólica (50).

Estos resultados se resumen en la tabla 1.

TABLA 1. Alteración Electrolítica según conducta purgativa

CONDUCTA PURGATIVA	SANGRE					ORINA		
	Sodio	Potasio	Cloro	Bicarbonato	Ph	Sodio	Potasio	Cloro
DIURÉTICOS	Disminuido o normal	Disminuido o Aumentado	Disminuido	Aumentado	Aumentado o Disminuido	Disminuido	Disminuido	Disminuido
LAXANTES	Disminuido o normal	Disminuido	Aumentado	Disminuido	Disminuido o Aumentado	Disminuido	Disminuido	Normal o Aumentado
VÓMITOS	Disminuido o normal	Disminuido	Disminuido	Aumentado	Aumentado	Aumentado	Aumentado	Disminuido

Traducida y modificada de Mehler P, Rylander M. Medical Complications of Bulimia Nervosa and Their Treatments. Int J Eat Disord; 2011 44:95-104.

TRASTORNO ALIMENTARIO POR ATRACONES

El trastorno por atracones (BED) es el más común de los trastornos alimentarios, con una prevalencia de vida mundial cercana al 2% (64), aunque el de menor gravedad. Nuestro grupo publicó recientemente una revisión sobre la comorbilidad médica del BED (65). El objetivo fue entender mejor las comorbilidades médicas más allá de la obesidad. La tabla 2 resume las principales comorbilidades. Muchas de ellas se asocian a la obesidad, incluyendo la diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia, y el síndrome metabólico. La naturaleza de la asociación con el síndrome metabólico también ha sido destacada por Dakalanis & Clerici (66), según quienes no solo es independiente del peso, sino que además postulan una correlación directa con la severidad del BED. También se asocia BED con asma, síntomas y trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño, dolor, y en las mujeres, con disfunción menstrual, complicaciones del embarazo, hipertensión endocraneana y ovario poliquístico. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con BED debieran ser evaluados médicamente en forma exhaustiva.

CONCLUSIONES

Los TCA presentan diversas complicaciones médicas, con importante riesgo de morbilidad. Se hace necesario ampliar la mirada conceptual de los TCA más allá de la comorbilidad psiquiátrica y las conductas alimentarias distorsionadas, para una evaluación global del paciente que no descuide estas alteraciones.

Creemos que las fortalezas de nuestro artículo son que se hizo una revisión ardua de las principales complicaciones médicas de los TCA, además de intentar presentarlas de forma amena y expedita para estudiantes, médicos psiquiatras y de otras especialidades.

Las principales limitaciones, que a pesar de lo exhaustiva no hicimos una revisión sistemática como tampoco un metaanálisis.

TABLA 2. Principales comorbilidades medicas del BED (más allá de la Obesidad)

Diabetes tipo 2	Asma
Síndrome metabólico	Disfunción menstrual
Hipertensión	Complicaciones del embarazo
Dislipidemias	Hipertensión endocraneana
Trastornos del sueño	Síndrome de ovario poliquístico
Trastornos y síntomas gastrointestinales	Trastornos por Dolor (Cefaleas crónicas, fibromialgia)

Traducida y modificada de Olguin P. Medical Comorbidity of binge eating disorder, Eat Weight Disord (2017).

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rosenvinge HJ, Pettersen G. Epidemiology of eating disorders part II: an update with special referente to th DSM5. *Adv Eat Disord*. 2015;2(3):198-220.
- Smink F, Van Hoeken D, Wijbrand Hoeck F. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012 Aug. 14:406-414.
- Godart N.T, Perderau F, Rein Z et al. Comorbidity Studies of Ealing disorders and mood disorders. *Crtical review of the literature.J Affect Disord*. 2007 Jan;97(1-3):37-49.
- Hocaoglu C. Eating Disorders with Comorbidity Anxiety Disorders, Eating Disorders - A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness, Prof. Ignacio Jáuregui Lobera (Ed.)2017 Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/eating-disorders-a-paradigm-of-the-biopsychosocial-model-of-illness/eating-disorders-with-comorbidity-anxiety-disorders>
- Baiano M, Salvo P, Exploring health-related quality of life in Ealing disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review.*BMC Psychiatry* 2014, 14:165.
- Arcelus J, Mitchell A J, Wales J NielsenS . Mortality Rates in patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011 Jul;68(7):724-31.
- Mitchison D, Mond J, Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of Eating Disorders* 2015 May23;3:20.
- Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013 Nov; 26:529-531.
- Behar R, Arancibia M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2014; 52 (Supl 1): 22-33.
- Mitchell J E, Crow S. Medical compilations of anorexia nervosa and bulimia nervosa.*Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):438-43.
- Mehler PS, Brown C. Anorexia Nervosa-medical complications. *J Eat Disord*. 2015 Mar 31;3:11.
- Yao S, Kuja Halkola R, Thornton LM, et al. Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts. *JAMA Psychiatry*.2016 Mar;73(3):284-91.
- Scott J. Crow, M.D., Peterson Carol B. Ph.D. Increased Mortality in Bulimia Nevosa and other Eating Disorders. *Psichiatry* 2009; 166:1342-1346.
- Mehler S P, Krantz M J, Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Eat Disord*. 2015 Mar 31;3:15.
- Strumia R Eating disorders and the skin.*Clin Dermatol*. 2013 Jan-Feb;31(1):80-5.
- Strumia R Is there a role for dermatologists in eating disorders? *Expert Rev Dermatol* 2007 Apr 2(2):109-112.
- Sato Y, Fukudo S, Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clin J Gastroenterol*. 2015 Oct;8(5):255-63.
- Santonicola A, Siniscalchi M. Prevalence of functional dyspepsia and its subgroups in patients with eating disorders. *World J Gastroenterol* 2012 August 28;18(32): 4379-4385.
- Salvioli B, Pellicciari A . Audit of digestive complaints and psychopathological traits in patients with eating disorders: A prospective study. *Dig Liv Dis*. 2013 Aug 45(8):639-644.
- Wang X, Luscombe G, Boyd C et al. Functional gastrointestinal disorders in eating disorder patients: Altered distribution and predictors using ROME compared to ROME criteria *World J Gastroenterol* 2014 November 21; 20(43): 16293-16299.
- Abraham S, Luscombe GM, Kellow JE. Pelvic floor dysfunction predicts abdominal bloating and distension in eating disorder patients. *Scand J Gastroenterol*. 2012 Jun 47(6):625-31.
- Abraham S, Kellow JE. Do the digestive tract symptoms in eating disorder patients represent functional gastrointestinal disorders?. *BMC Gastroenterology* 2013 Feb 28;13:38.
- Patrick L. Eating disorders: A review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Altern Med Rev*. 2002 Jun;7(3):184-20.
- Twee-Kent MA, Fagenholz PJ, Alam HB. Acute gastric dilatation in a patient with anorexia nervosa binge/purge subtype. *J Emerg Trauma Shock*. 2010 Oct;3(4):403-5.
- Fiorini S, Sáenz Tejeira M, Tenina C, et al. Síndrome de la arteria mesentérica superior (síndrome de Wilkie). Caso clínico. *Arch Argent Pediatr*. 2008 Dec;106(6):546-8.
- Nayef-Alhadi A, Shukdar RM. Anorexia Nervosa versus Superior Mesenteric Artery Syndrome in a Young Woman: Case Report and Literature Review. *J T U Med Sc* 2008; 3 (1):55-60.
- Fernández López M.T., López Otero MJ, Bardasco Alonso MI, et al. Síndrome de Wilkie: a propósito de un caso. *Nutr Hosp*. 2011;26(3):646-649.
- Chiarioni G, Bassotti G, Monsignor A, et al. Anorectal dysfunction in constipated women with anorexia Nervosa. *Mayo Clin Proc*. 2000 Oct;75(10):1015-9.
- Kheloufi M, Boulanger C. Liver Autophagy in Anorexia Nervosa and Acute Liver Injury. *Biomed Res Int*. 2014;2014:701064.
- Westmoreland P, Krantz Mori J, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*. 2016 Jan;129(1):30-7.
- Vootla VR, Daniel M . Abnormal Liver Function Tests in an Anorexia Nervosa Patient and an Atypical Manifestation of Refeeding Syndrome. *Case Rep Gastroenterol*. 2015 Jul 24;9(2):261-5.

32. Misra M, Klibanski A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014 July ; 2(7): 581-592.
33. Miller K Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011 Oct 96(10):1939-49.
34. Albareda M, Corcoy R. Cambios hormonales en las enfermedades crónicas. *Endocr Nutric.* 2001 Jan;48(1):6-20
35. Miguel Bayarri V, Borrás Palle S, Murcia Yacer B, et al. Prevalencia y significación pronóstica del síndrome del enfermo eutiroideo en patología crítica. *Rev Clin Esp* 2001 Oct;201:572-4.
36. Nilni EA. Regulation of the hypothalamic thyrotropin releasing hormone (TRH) neuron by neuronal and peripheral inputs front neuroendocrinol. 2010 Apr; 31(2): 134-156.
37. Bowen J, Mehler PS, Harris RH. Medical complications occurring in adolescence with anorexia nervosa. *West J Med* 2000 Mar; 172(3): 189-193.
38. Conchillo M, Prieto J, Quiroga J. Factor de crecimiento semejante a la insulina tipo I (IGF-I) y cirrosis hepática. *Rev. esp. Enferm.* 2007 Mar; 99(3):156-164.
39. Fazeli P, Klibanski A. Anorexia nervosa and bone metabolism. *Bone* 2014 Sept; 0 39-45.
40. Dede A, Lyrits G, Tournis S. Bone Disease in anorexia nervosa. *Hormones* 2014, 13 (1):28-56.
41. El Ghoch M, Bazzani P, Grave D. Management of ischiopubic stress fracture in patients with anorexia nervosa and excessive compulsive exercising. *BMJ Case Rep.* 2014 Oct 9;2014.
42. Lamzabi I, Syed S, Reddy VD, et al. Myocardial changes in a patient with anorexia nervosa. A case report and review of literature. *Am J Clin Pathol* 2015 May;143(5):734-737.
43. Ono T, Kasaoka S, Fujita M, et al. Complete recovery from severe myocardial dysfunction in a patient with anorexia nervosa. *J Cardiol.* 2009 Dec;54(3):480-4.
44. Sachs K, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2016 Mar;49(3):238-48.
45. Spaulding-Barclay MA, Stern J, Mehler PS. Cardiac changes in anorexia nervosa. *Cardiol Young.* 2016 Apr;26(4):623-8.
46. Stheneur Ch. Bergeron, Lapeyraque AL. Renal complications in anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2014 Dec;19(4):455-60.
47. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2009 Dec;166(12):1342-6.
48. Tyler I, Birmingham L. The interrater reliability of physical signs in patients with eating disorders *Int J Eat Disord.* 2001 Nov;30(3):343-5.
49. Brown C, Mehler P. Medical complications of self-induced vomiting. *Eat Disord.* 2013;21(4):287-94.
50. Mehler P, Rylander M. Bulimia nervosa- medical complications. *J Eat Disord.* 2015 Apr 3;3:12.
51. Sachs K, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord.* 2016 Mar;21(1):13-8.
52. DJ Aframian, Ofir M, Benoliel R. Comparison of oral mucosal pH values in bulimia nervosa, GERD, BMS patients and healthy population. *Oral Diseases* 2010 16, 807-811.
53. Ochoa GL, Dufoo O, S De León C. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana.* 2008 Mar 12(1) 46-54.
54. Hicks J, Garcia-Godoy F, Flaitz C. Biological factors in dental caries enamel structure and the caries process in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 2). *J Clin Pediatr Dent.* 2004 Winter;28(2):119-24.
55. Lionetti E, La Rosa M. Gastrointestinal aspects of bulimia nervosa. *New Insights into the Prevention and Treatment of Bulimia Nervosa*, Prof. Phillipa Hay (Ed.), 2011 InTech, DOI: 10.5772/20639. Disponible en : <https://www.intechopen.com/books/new-insights-into-the-prevention-and-treatment-of-bulimia-nervosa/gastrointestinal-aspects-of-bulimia-nervosa>
56. Denholm M, Jankowski J. Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa - a review of the literature. *Dis Esophagus.* 2011 Feb;24(2):79-85.
57. Shinohara E, Swisher McClure S, Husson, M, et al. Esophageal cancer in a young woman with bulimia nervosa: a case report *J Med Case Rep.* 2007 Nov 29;1:160.
58. Walsh BT, Zimmerli E, Devlin MJ, et al. A Disturbance of Gastric Function in Bulimia Nervosa. *Biol Psychiatry.* 2003 Nov 1;54(9):929-33.
59. Panach-Navarrete J, Moro-Valdezate D, Garcés-Albir M, et al. Acute gastric dilatation in the context of bulimia nervosa. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015 Sep;107(9):580-1.
60. Brevander T, Story L. Massive binge eating, gastric dilatation and unsuccessful purging in a young woman with bulimia nervosa. *Journal of Adolescent Health* 41 (2007) 516-851.
61. Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE. Laxative abuse epidemiology, diagnosis and management. *Drugs.* 2010 Aug 20;70(12):1487-503.
62. Bahia Amit MD, MPH, Mascolo Margherita, PseudoBartter syndrome in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2012 Jan;45(1):150-3.
63. Clayton JA, Rodgers S, Blakey J J. Thiazide diuretic prescription and electrolyte abnormalities in primary care *Br J Clin Pharmacol.* 2006 Jan;61(1):87-9.
64. Kessler RC. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World health organization world mental health surveys. *Biol Psychiatry* 2013. 73 (9):904- 914.
65. Olguin P. Medical Comorbidity of binge eating disorder, *Eat Weight Disord* 2017 22:13--26.
66. Dakalanis A. The nature of the association between binge-eating severity and metabolic syndrome. *Eat Weight Disord.* 2017 Apr 12 doi: 10.1007/s40519-017-0386-9. [Epub ahead of print]

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIOS LABS Y EL CICLO DE GARTNER

PSYCHIATRIC EVALUATION IN BARIATRIC SURGERY: LABS STUDIES AND THE GARTNER CYCLE

DR. JUAN AGUSTÍN UMAÑA (1), DRA. MARÍA JOSÉ ESCAFFI (2), PSIC. YAEL LEHMANN (3), PSIC. MARÍA IGNACIA BURR (1), DR. EMILIO MUÑOZ G.A (1)

(1) Departamento Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Departamento Nutrición, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(3) Departamento Nutrición y Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: jumana@clc.cl

RESUMEN

La obesidad constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Muchas veces los cambios en el estilo de vida asociado a farmacoterapia no son suficientes, siendo la cirugía bariátrica una muy buena alternativa terapéutica. Inicialmente se pensó que la cirugía resolvería definitivamente la obesidad y sus comorbilidades, generando un entusiasmo sobredimensionado. Hoy probablemente nos encontramos en la meseta de expectativas respecto al rol de la cirugía bariátrica, dado que demuestra ser el tratamiento más efectivo, pero también demuestra una gran variabilidad en la baja de peso. En este artículo analizaremos el estudio "Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery consortium" (LABS) y si, exclusivamente en este estudio y no en otros estudios, la presencia de psicopatología explica la variabilidad en la evolución ponderal y el efecto de la cirugía en la evolución de la psicopatología.

Palabras clave: Evaluación psiquiátrica, cirugía bariátrica, estudios laboratorio, ciclo de Gartner.

SUMMARY

Obesity is a global public health problem. Often changes in the lifestyle associated with pharmacotherapy are not enough, with bariatric surgery being a very good therapeutic alternative. Initially it was thought that

the surgery would definitively solve obesity and its comorbidities, generating an enthusiasm oversized. Today we are probably on the plateau of expectations regarding the role of bariatric surgery, since it proves to be the most effective treatment, but also demonstrates a great variability in weight loss. In this article, we will analyze the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery Consortium (LABS) study and if it is only exclusively in this study, the presence of psychopathology explains the variability in weight evolution and the effect of surgery in the evolution of psychopathology.

Key words: Psychiatric evaluation, bariatric surgery, LABS studies, Gartner cycle

INTRODUCCIÓN

La obesidad (definida por índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m²) es una enfermedad crónica, de etiología multifactorial, caracterizada por aumento anormal de la grasa corporal, constituyendo un problema de salud pública, en crecimiento a nivel mundial (1,2). De lo anterior, se desprenden dos conceptos fundamentales. Uno es la cronicidad, que implica tratamiento de por vida, controlable, pero no curable (excepto algunos casos de cirugía bariátrica) y el otro, su etiología ligada a múltiples factores ambientales y genotipo (3). Esta epidemia se asocia a numerosas complicaciones médicas

incluyendo, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, esteatosis hepática, síndrome apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer, entre otros (4). Además de causar morbilidad, aumenta considerablemente la mortalidad (según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el sexto factor de riesgo de defunción en el mundo), por lo que, es urgente lograr un adecuado manejo y control de esta enfermedad y sus complicaciones. Dado los avances recientes en este campo y la comprensión de la regulación de la ingesta de alimentos, del gasto calórico y de la regulación del peso corporal es que se hace necesario el manejo multidisciplinario de esta patología. Muchas veces los cambios en el estilo de vida como dieta y ejercicio físico asociado a farmacoterapia no son suficientes, siendo la cirugía bariátrica, una alternativa terapéutica que demuestra buenos resultados en lograr una pérdida de peso con una mejoría de las complicaciones asociadas a obesidad (5,6) lo que ha generado un rápido crecimiento de estos procedimientos, alcanzando 196000 cirugías el año 2015 en EE.UU. (7).

Inicialmente se pensó que la cirugía bariátrica resolvería todo, generando un entusiasmo sobredimensionado que luego se fue ajustando a realidad clínica. Este fenómeno se puede explicar mediante el **ciclo de Gartner** (Figura 1), que utiliza el ciclo de sobreexpectación y la subsiguiente decepción que ocurre con la introducción de toda nueva tecnología. Hoy posiblemente nos encontramos en la meseta de productividad de la cirugía bariátrica, dado que a pesar de demostrar ser el tratamiento más efectivo en lograr una baja de peso sustancial y a largo plazo en pacientes obesos (8), demuestra, además, una gran variabilidad en la baja de peso y cifras no despreciables de reganancia de peso post cirugía bariátrica (9).

En numerosos estudios, la presencia de psicopatología en los pacientes bariátricos, ha demostrado ser elevada y se ha asociado con una menor baja de peso (10-12). Sin embargo, los estudios han reportado resultados muy divergentes en la prevalencia de patología psiquiátrica antes de la cirugía, en el efecto de la patología psiquiátrica sobre la evolución ponderal (13-15) y por último, en el efecto de la cirugía sobre la evolución de la patología psiquiátrica. En este artículo, se analizarán estos puntos, exclusivamente a la luz del estudio *"Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery consortium"* (LABS).

PROTOCOLO "LONGITUDINAL ASSESSMENT OF BARIATRIC SURGERY CONSORTIUM" (LABS)

Es el estudio metodológicamente más riguroso que existe hasta este momento en el mundo (16) y corresponde a un estudio observacional de cohorte, multicéntrico, realizado en 10 hospitales ubicados en seis regiones geográficas distintas

de los EEUU. Participaron adultos que se realizaron por primera vez una cirugía bariátrica, entre los años 2006 y 2009.

FIGURA 1. Ciclo de Gartner



Representación gráfica utilizada para caracterizar el entusiasmo sobredimensionado y la subsiguiente decepción que ocurre habitualmente con la introducción de nuevas tecnologías, en este caso, la cirugía bariátrica.

Estos pacientes fueron seguidos hasta septiembre del 2012 y fueron sometidos a evaluaciones estandarizadas (usando el *"Eating Disorder Examination"* (EDE) para estimar los trastornos de la conducta alimentaria, una versión modificada del EDE, el *"EDE-Bariatric Surgery"* (EDE-BSV) para evaluar específicamente las conductas de alimentación en pacientes operados, la *"Clinical Interview for DSM-IV"* (SCID) para dimensionar los trastornos psiquiátricos del eje I) y también se incluyeron los test *Impact of Weight on Quality of Life Lite* (IWQOL-Lite), SF-36 para la evaluación de los cambios en la calidad de vida y el *test Beck Depression Inventory* (Versión 1) para valorar la severidad de los síntomas depresivos. Las entrevistas fueron realizadas por evaluadores calificados (cuidadosamente entrenados en la aplicación de los instrumentos, incluyendo entrevistas de entrenamiento grabadas y con sesiones de supervisión mensuales). Las entrevistas diagnósticas fueron estructuradas (considerado hoy en día el *gold estándar* en la evaluación y diagnóstico de patología psiquiátrica) e independientes a las realizadas por el equipo de salud mental del centro en que se iban a operar los pacientes. Los pacientes fueron informados de que sus respuestas no iban a afectar la aprobación de la cirugía. Las evaluaciones fueron realizadas previo a la cirugía y luego a los 6, 12, 24 y 36 meses posterior a la cirugía (17).

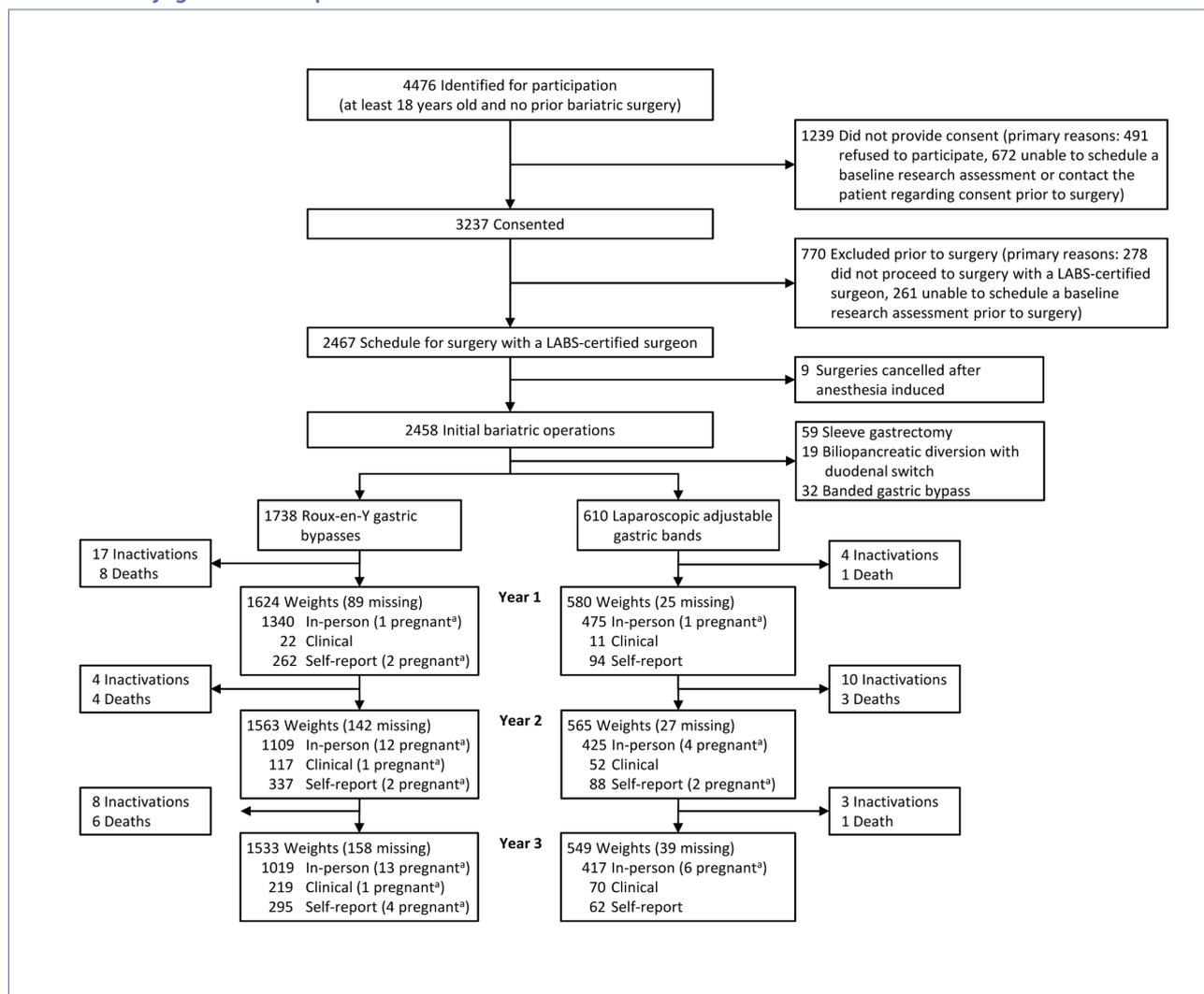
El protocolo **LABS-1** incluyó 4776 pacientes que se operaron por primera vez y se evaluó la seguridad de la cirugía bariátrica en el corto plazo, específicamente un mes posterior a

la cirugía. La morbimortalidad que se asoció a estos procedimientos fue baja. La tasa de mortalidad a los 30 días fue de 0.3% y la tasa de morbilidad de un evento adverso mayor fue de 4.3% (16).

El protocolo **LABS-2** continuó con el seguimiento de 2458 pacientes (Figura 2). En esta población se evaluó la eficacia de largo plazo de la cirugía bariátrica. El número de participantes que se sometieron a RYGB (*Roux-en-Y Gastric Bypass*) fue 1738, el número de participantes que se sometieron a LAGB (*Laparoscopic Adjustable Gastric Banding*) fue 610 y los participantes que se sometieron a "otros procedimientos" fueron 110. Los pacientes sometidos a "otros procedimientos" no se consideraron en los análisis posteriores (18).

El estudio **LABS-2: "Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity"** publicado en el 2013 (17) confirmó los excelentes resultados descritos en otros estudios. Se determinó en la población estudiada (1738 RYGB y 610 LAGB) que el promedio de pérdida de peso a los 3 años postcirugía, fue 31.5% (41kg) para los participantes sometidos a RYGB y de 15.9% (20kg) para los participantes sometidos a LAGB. La dislipidemia se resolvió en (61.9%) de los pacientes RYGB y en 27.1% de los pacientes LAGB. La hipertensión arterial se resolvió en el 38.2% de los pacientes RYGB y en el 17.4% de los pacientes LAGB. La diabetes tuvo una remisión parcial en el 67.5% de los pacientes RYGB y en el 28.6% de los pacientes LAGB.

FIGURA 2. Flujograma de los pacientes en los estudios LABS



Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., ... & Patterson, E. J. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *Jama*, 2013, 310(22), 2416-2425.

TABLA 1. Características sociodemográficas de los pacientes LABS-2 sometidos a cirugía bariátrica

	Overall (n = 2458)	Roux-en-Y Gastric Bypass (n = 1738)	Laparoscopic Adjustable Gastric Band (n = 610)	Sleeve Gastrectomy (n = 59)	BPDS (n = 19)	Banded Gastric Bypass ^a (n = 32)
Age (years)						
Median (Q1, Q3)	46 (37, 54)	45 (37, 54)	48 (37, 56)	48 (36, 55)	39 (35, 46)	48 (40, 54)
Range	18 to 78	19 to 75	18 to 78	21 to 73	26 to 60	21 to 69
Weight (kg)						
Median (Q1, Q3)	129 (115, 147)	131 (116, 150)	123 (111, 139)	158 (134, 180)	136 (123, 151)	136 (116, 157)
Range	75 to 290	75 to 240	85 to 246	82 to 290	110 to 192	97 to 227
Body mass index (kg/m²)						
Median (Q1, Q3)	45.9 (41.7, 51.5)	46.6 (42.4, 51.9)	43.9 (40.4, 48.0)	57.7 (46.8, 64.1)	50.0 (44.9, 52.3)	49.2 (42.5, 54.1)
Range	33.0 to 94.3	33.7 to 81.0	33.0 to 87.3	35.5 to 94.3	37.9 to 62.6	36.2 to 76.0
Sex - n (%)						
Female	1931 (78.6)	1389 (79.9)	465 (76.2)	39 (66.1)	14 (73.7)	24 (75.0)
Male	527 (21.4)	349 (20.1)	145 (23.8)	20 (33.9)	5 (26.3)	8 (25.0)
Race^b - n (%)						
White	2102 (86.4)	1463 (85.1)	543 (89.6)	47 (82.5)	18 (94.7)	31 (100.0)
Black	256 (10.5)	196 (11.4)	51 (8.4)	8 (14.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
Other	75 (3.1)	61 (3.5)	12 (2.0)	2 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Ethnicity^b - n (%)						
Hispanic	119 (4.8)	85 (4.9)	26 (4.3)	6 (10.2)	0 (0.0)	2 (6.2)
Non-Hispanic	2337 (95.2)	1652 (95.1)	583 (95.7)	53 (89.8)	19 (100.0)	30 (93.8)
Diabetes^b - n (%)						
	774 (33.4)	583 (35.4)	164 (28.8)	15 (28.8)	7 (38.9)	5 (17.2)
Dyslipidemia^b - n (%)						
	1252 (63.4)	901 (64.4)	291 (60.9)	33 (64.7)	9 (52.9)	18 (64.3)
Hyperlipidemia^b - n (%)						
	725 (36.6)	515 (36.7)	177 (36.7)	22 (43.1)	5 (29.4)	6 (21.4)
Low HDL^b - n (%)						
	883 (37.5)	648 (38.8)	194 (33.3)	21 (37.5)	5 (27.8)	15 (50.0)
High Triglycerides^b - n (%)						
	462 (22.9)	339 (23.8)	103 (21.1)	12 (21.8)	5 (27.8)	3 (10.7)
Hypertension^b - n (%)						
	1601 (67.5)	1159 (68.9)	367 (62.7)	44 (80.0)	10 (52.6)	21 (67.7)

^aBanded gastric bypass, is a gastric bypass with a non-adjustable band

Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., ... & Patterson, E. J. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *Jama*, 2013, 310(22), 2416-2425.

Los estudios LABS-3 se realizaron en una sub muestra de los pacientes del estudio LABS-2, y se evaluó los "aspectos psicosociales" antes y después de la cirugía (RYGB o LAGB) (17).

Prevalencia de patología psiquiátrica antes de la cirugía

¿Cuál es la prevalencia de la patología psiquiátrica en los candidatos a cirugía? En el primer estudio psicosocial LABS-3: "Psychopathology Prior to Surgery in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-3 (LABS-3) Psychosocial Study" publicado el 2012 (18) en 199 pacientes sometidos a cirugía bariátrica (RYGB o LAGB), se determinó que la prevalencia de vida (número de individuos en una población que ha experimentado en algún momento de su vida un trastorno comparado con el número total de individuos) de un trastorno psiquiátrico del eje I fue de aproximadamente dos tercios (68.6%). Los trastornos psiquiátricos más comunes fueron "cualquier trastorno

afectivo" (44.2%), "abuso o dependencia de alcohol," (35.7%) y "cualquier trastorno de ansiedad" (31.7%). La prevalencia al momento de la cirugía para un trastorno psiquiátrico del eje I fue de aproximadamente un tercio (33.7%) de los pacientes. Los trastornos psiquiátricos más comunes fueron "cualquier trastorno de ansiedad" (18.1%), "cualquier trastorno afectivo" (11.6%), y "cualquier trastorno de alimentación" (11.1%). En estos pacientes se pudo objetivar el franco deterioro de la calidad de vida previo a la cirugía (mediante dos instrumentos: "Impact of Weight on Quality of Life-Lite" (IWQOL-Lite) y "Short Form 36-item Health Survey (SF-36)"). Este estudio (18) reveló la elevada prevalencia de vida de la patología psiquiátrica en los candidatos a cirugía bariátrica al compararlos con los resultados del "National Comorbidity Survey-Replication Study (NCS-R)" (19). Para el grupo de edad de 45 a 59 años, la prevalencia de vida para "cualquier trastorno psiquiátrico" fue de 46.5% (versus un 68.6%), para "cualquier trastorno de abuso

o dependencia de sustancias” de 15.3% (versus un 35.7%), para “cualquier trastorno ánimo” de 22.9% (versus un 44.2%) y para “cualquier trastorno de ansiedad” de 30,8% (versus un 31.7%), sin observarse una diferencia para este último trastorno.

Efecto de la patología psiquiátrica en la evolución de los pacientes bariátricos

¿La presencia de sintomatología psiquiátrica aumenta el riesgo de eventos adversos mayores de corto plazo?

El **LABS-2: “Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery study”** publicado el 2014 (20) en 2.148 pacientes que completaron el BDI (*Beck Depression Inventory*) de los 2.458 de LABS 2. Demostró que tener síntomas depresivos (BDI ≥ 10) y tomar fármacos antidepresivos diariamente, se relacionaron de forma independiente, con un aumento de la probabilidad (AOR= 1.77; y AOR= 1.72;) de presentar un evento mayor adverso dentro de los primeros 30 días postcirugía (muerte, trombosis venosa profunda, tromboembolismo venoso, re intervención quirúrgica o imposibilidad de dar de alta al paciente antes de 30 días postoperado).

¿La presencia de sintomatología psiquiátrica prequirúrgica afecta la evolución ponderal?

El estudio **LABS-2: “Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity”** publicado en el 2013 (17) realizado en 2458 pacientes, ratificó los excelentes resultados descritos en otros estudios, pero identificó una gran variación en la pérdida de peso en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. El “porcentaje de pérdida de peso inicial” a los tres años para RYGB fue en promedio de 31.5%, con una enorme variabilidad dada por un IQR de 24.6% a 38.4%, pero aún más extrema si consideramos que la muestra osciló entre 59.2% de pérdida hasta un 0.9% de ganancia de peso. El “porcentaje de pérdida de peso inicial” a los tres años para LAGB fue en promedio de 16%, también con una enorme variabilidad dada por un IQR de 8.1% a 23.1% pero, aún más acentuada si consideramos que la muestra osciló entre un 56.1% de pérdida hasta un 12.5% de ganancia.

El segundo estudio psicosocial **LABS-3: “Psychiatric Disorders and Weight Change in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: A 3-year Follow-up”** publicado el 2016, (21) se realizó en 165 (83%) de los 199 participantes del primer estudio psicosocial LAB-3 y determinó que tanto la prevalencia de vida de patología psiquiátrica como su presencia al momento de la cirugía, no fueron predictores de la evolución ponderal. Específicamente estableció que tener un trastorno de ánimo previamente durante la vida, o al momento de la cirugía o posterior a la cirugía no se relacionó con la pérdida de peso postquirúrgica. Tener un trastorno de ansiedad previamente durante la vida, o al momento de la cirugía o posterior a la cirugía no se relacionó

con la pérdida de peso postquirúrgica. Tener un trastorno por consumo de sustancias previamente durante la vida, no se relacionó con la pérdida de peso postquirúrgica. No fue posible evaluar la repercusión de esta patología presente al momento de la cirugía por el bajo número de pacientes que la presentaron (2 pacientes equivalentes al 1.2% de la muestra). Tener un trastorno de alimentación previamente durante la vida, o al momento de la cirugía no se relacionó con la pérdida de peso postquirúrgica.

¿Es posible tener predictores prequirúrgicos de la evolución ponderal?

El estudio **LABS-2: “Preoperative factors and 3-year weight change in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) consortium”** (22) publicado en el 2015, es la continuación del estudio previo que identificó las grandes variaciones de pérdida de peso. Con el fin de dar cuenta de esta gran variabilidad, se evaluó en 2022 pacientes bariátricos la asociación entre múltiples factores prequirúrgicos y quirúrgicos (113 factores para RYGB y 107 factores para LAGB) potencialmente predictores de la evolución ponderal postquirúrgica hasta tres años posterior a la cirugía. A pesar de todos los esfuerzos realizados, no se pudo establecer un modelo predictivo que diera cuenta de las grandes variaciones observadas en el peso. Sin embargo, de los resultados obtenidos se rescató mucha información valiosa. Contrario a lo descrito en otros estudios, en este estudio no se relacionó un menor IMC prequirúrgico como indicador de buen pronóstico, no se relacionó el género femenino como indicador de buen pronóstico (23,24), no se relacionó ninguna variable técnica de la cirugía RYGB como variable predictora de la evolución ponderal, ni se relacionó la pérdida de peso previo a la cirugía a una mejor evolución ponderal.

En línea con lo descrito en otros estudios se confirmó que tener menor edad es un indicador de buen pronóstico, pero el efecto fue marginal (menos de 1% de diferencia en el peso por 10 años de diferencia), ser de raza caucásica se asoció a una mejor evolución ponderal, pero el efecto fue marginal (los afroamericanos perdieron un 2.7% menos de peso que los caucásicos), tener una alteración de la función renal al momento de operarse de RYGB se asoció a perder más peso, lo que posiblemente se deba al uso de medicamentos diuréticos (2.3% mayor pérdida de peso), tener diabetes al momento de operarse de RYGB se asoció a perder menos peso, pero, el efecto fue marginal (3.7% menor pérdida de peso), tener una banda de mayor tamaño en los pacientes LAGB se asoció a perder menos peso (tener una banda de mayor tamaño tiene un 75% más de probabilidades de perder menos del 10% de su peso prequirúrgico), ser fumador el año previo o al momento de la cirugía se asoció a mayor pérdida de peso en los pacientes RYGB, pero el efecto fue modesto (2.6% mayor pérdida de peso). El trastorno por consumo de alcohol se asoció a mayor pérdida de peso en los pacientes LAGB, pero el efecto fue modesto. En este estudio, los indicadores de salud mental, calidad de vida, red de apoyo y actividad física no fueron predic-

tores de la evolución ponderal. Esto plantea que la evaluación de salud mental previo a la cirugía no debiera estar focalizada en estas variables, si el fin es utilizarlas como predictores de buen o mal pronóstico en la pérdida de peso. Las “prácticas de pérdida de peso” (aquellos que se pesan más frecuentemente, una vez por semana, pierden 1.7% menos peso que aquellos que se pesan menos frecuentemente), las conductas de alimentación (presencia Trastorno por Atracones) no se asoció, en esta población, a la evolución ponderal hasta 3 años posterior a la cirugía y las expectativas de baja de peso previo a la cirugía (aquellos que tienen mayores expectativas de una baja de peso, pierden 1.2% más peso que aquellos pacientes con menores expectativas) se asociaron modestamente o nada con la evolución ponderal posterior a la cirugía.

En suma, se identificaron en este estudio pocas variables prequirúrgicas y de un efecto de baja magnitud, que pueden llegar a ser útiles como factores predictores del éxito o fracaso de la cirugía bariátrica. Sólo quizás la combinación de muchas de estas variables, en un individuo particular, pueda dar cuenta de la evolución ponderal. Por ejemplo, un afroamericano, fumador, con diabetes que se somete a una RYGB podría estar expuesto a una peor evolución ponderal.

¿Explican las variables postoperatorias las grandes variaciones en la pérdida de peso en los pacientes bariátricos?

El segundo estudio psicosocial **LABS-3: “Psychiatric Disorders and Weight Change in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: A 3-year Follow-up”** publicado el 2016 (21) se realizó en 165 (83%) de los 199 participantes del primer estudio psicosocial LABS-3 y determinó que los pacientes que presentaron un trastorno de alimentación posterior a la cirugía tuvieron un 7% de menor pérdida de peso. Esta observación es consistente con muchos estudios que han destacado la asociación entre trastornos de alimentación postquirúrgicos y pérdida de peso subóptimas (25).

Luego en el estudio **LABS-3: “Eating Pathology, Experience, and Weight Loss in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: 3-Year Follow-up”** (26) publicado el 2016 en 183 pacientes confirmó la asociación entre una evolución ponderal deficiente a la presencia de patología alimentaria postquirúrgica (*Loss Of Control* (LOC) alimentario y EDE con puntaje global elevado) y también a la presencia de intensidad elevada de hambre postquirúrgica.

Finalmente, el estudio **LABS-2: “Postoperative Behavioral Variables and Weight Change 3 Years after Bariatric Surgery”** publicado el 2016 (27) en una muestra de 2022 pacientes (1513 RYGB y 509 LAGB). Determinó que para los pacientes operados de RYGB el promedio del “porcentaje de peso perdido” fue de 31.5% (IQR,24.6%-38.4) y el promedio

de kilos perdidos fue 40kg (IQR, 31-52kg). Para los pacientes operados LAGB el promedio del “porcentaje de peso perdido” fue de 16% (IQR, 8.1%-23.1%; y el promedio de kilos perdidos fue 20kg (IQR, 10-29). El estudio demostró que las personas que hicieron cambios en las conductas relacionados con la alimentación posterior a la cirugía (auto pesarse semanalmente, contabilizar los gramos de grasa, consumir una dieta muy baja en calorías, interrumpir el snack entre comidas, dejar de tener LOC alimentario, iniciar el hábito de tomar desayuno regularmente, iniciar el hábito de tomar desayuno, almorzar y comer en la noche, parar de comer cuando se siente saciado, comer sin hambre y dejar de comer continuamente durante el día), tenían una mejor evolución ponderal. Y que sumar estos cambios conductuales potenció una mayor baja de peso, es decir que la suma de estos cambios tuvo un efecto acumulativo. Específicamente, se determinó que el efecto aditivo de los tres cambios conductuales más importantes, de aquellos que dan mayor cuenta de la variabilidad en la baja de peso, (auto pesarse semanalmente; parar de comer cuando se siente saciado y parar de comer continuamente durante el día), predijo una baja de 38% respecto al peso inicial, a diferencia de los pacientes que no realizaron estos cambios que bajaron tan solo un 24%.

Estos resultados evidenciaron que las variables conductuales postoperatorias mencionadas influyen marcadamente en la cantidad de peso perdido (27).

¿Qué impacto real tiene la actividad física posterior a la cirugía en la evolución ponderal de los pacientes bariátricos?

El **LABS-2: “Pre- to Post-operative Changes in Physical Activity: Report from the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2”** publicado en el 2012 (28) fue el primer estudio que evaluó, un gran número de pacientes (n 310), de forma objetiva con un monitor SAM (*StepWatch™ 3 Activity Monitor*), los cambios de la actividad física antes de la cirugía respecto a después de la cirugía. Se determinó que, como grupo, los participantes Sí tuvieron mayor actividad física después de un año de la cirugía en relación a antes de la cirugía. Sin embargo, existió una gran variabilidad en los niveles de actividad física. Por ejemplo, en promedio los pacientes caminaron 1457 más pasos diarios un año posterior a la cirugía, pero presentaron una variabilidad que osciló entre caminar 7648 menos pasos al día, hasta caminar 17205 más pasos al día. Además, se constató que los pacientes reportaron mayor actividad física que la que realmente realizaron. Por ejemplo, posterior a la cirugía, un 46% de los participantes reportó realizar más de 150 min de ejercicio semanal. Sin embargo, cuando se determinó objetivamente la actividad física con el SAM sólo un 33% acumuló al menos 150 min de ejercicio de alta intensidad semanal y tan sólo el 11% acumuló 150 min de ejercicio de alta intensidad semanal en episodios de por

lo menos 10 minutos. Estos resultados son concordantes con numerosos estudios que señalan que los pacientes bariátricos auto reportan mayor actividad física que la que realmente realizan (29,30). Por último, a pesar de que hubo un aumento objetivo de la actividad física al año postcirugía, fue claro que la mayoría de los pacientes tuvo una actividad física insuficiente. Esto es especialmente relevante si consideramos que la “Asociación para el estudio de la obesidad” recomendó que los pacientes obesos no operados que han bajado de peso, deben realizar 60 a 90 minutos al día de actividad física de moderada intensidad (o menor cantidad en caso de actividad física intensa), para prevenir la reganancia de peso (31).

Por lo tanto, se puede suponer que en los pacientes bariátricos la pérdida de peso depende mucho más de la disminución de la ingesta calórica diaria que del aumento de la actividad física. Los predictores preoperatorios de mayor actividad física al año de la cirugía fueron la actividad física preoperatoria, no tener asma, tener menos dolor físico y haber aumentado la actividad física como estrategia para perder peso previo a la cirugía. Los predictores postoperatorios de mayor actividad física al año de la cirugía fueron menores limitaciones debido a problemas emocionales, mayor pérdida de peso postquirúrgica, No fumar después de la cirugía y registrar diariamente la actividad física post operatoria.

Efecto de la cirugía sobre la evolución de la patología psiquiátrica: nuevamente el ciclo de Gartner.

¿Cómo evoluciona la patología psiquiátrica en los pacientes bariátricos? El segundo estudio psicosocial **LABS-3: “Psychiatric Disorders and Weight Change in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: A 3-year Follow-up”** publicado el 2016 (21) se realizó en 165 (83%) de los 199 participantes del primer estudio psicosocial LAB-3 y demostró que la prevalencia de patología psiquiátrica presente al momento de la cirugía disminuyó significativamente a los 36 meses. La disminución fue para “cualquier trastorno psiquiátrico” (30.2% vs. 18.4%), para “cualquier trastorno de ansiedad” (17.1% vs. 8.2%), para “cualquier trastorno de alimentación” (7.3% vs. 1.3%). Los trastornos de ánimo no presentaron modificaciones (12.2% vs. 12.1%). Sin embargo, en otro estudio realizado con una metodología equivalente (32) se documentó que la prevalencia de los trastornos de ánimo al momento de la cirugía disminuyó significativamente a los 36 meses post cirugía (32.7% vs. 14.3% respectivamente). A pesar de la significativa disminución de la patología psiquiátrica, el uso de medicamentos psiquiátricos disminuyó levemente y se mantuvo estable en el tiempo.

Paralelamente, se confirmó que el riesgo de presentar una patología psiquiátrica específica posterior a la cirugía fue más alto entre quienes tenían el antecedente de haber padecido en algún momento de dicha patología. Específicamente, tener

un trastorno de ánimo al momento de la cirugía o tener una historia de trastorno de ánimo aumenta el riesgo de presentarlo postcirugía. Tener un trastorno de ansiedad al momento de la cirugía aumenta el riesgo de tenerlo postcirugía. Tener una historia de trastorno por consumo de sustancias aumenta el riesgo de presentarlo, especialmente durante el segundo año posterior a la cirugía.

¿Cómo evoluciona el trastorno por consumo de alcohol (AUD: Alcohol use Disorder) en los pacientes bariátricos?

En el **LABS-2 “Prevalence of AUD before and after bariatric surgery”**, publicado en el 2012 (33), de los 2458 participantes LABS-2, 1945 completaron la evaluación. La prevalencia de AUD en el año previo a la cirugía fue de 7.6%, lo que difiere de estudios previos que reportaron prevalencias de AUD muy bajas (0-2%) (34-36). La prevalencia de AUD un año previo a la cirugía no difirió a la de un año posterior a la cirugía (7.6% vs 7.3%). Sin embargo, la prevalencia de AUD a los dos años de la cirugía fue significativamente más alta (9.6%). Este aumento se observó en los pacientes operados de RYGB y no de LAGB, acorde a lo observado en otros estudios. La presencia de AUD previo a la cirugía aumentó sustancialmente el riesgo de presentar el trastorno en los dos primeros años posterior a la cirugía (de los pacientes con AUD prequirúrgico, 62% presentaron AUD postquirúrgico y de los pacientes sin AUD prequirúrgico sólo un 8% presentaron AUD posterior a la cirugía). Se identificó como predictores prequirúrgicos de AUD postquirúrgico ser hombre, joven, fumador, consumidor regular de alcohol (definido como ≥ 2 tragos por semana), consumidor recreacional de drogas, una deficiente red de apoyo (bajo puntaje “ISEL-12 *belonging*”) y someterse a una RYGB (en relación a LAGB). Los predictores postquirúrgicos de AUD postquirúrgico fueron: tener problemas emocionales, (bajo puntaje en el componente mental del SF-36), estar en un tratamiento de salud mental, fumar y consumir drogas recreacionales posterior a la cirugía. En este estudio no se pudo asociar el consumo de alcohol postquirúrgico con la pérdida de peso.

¿Cómo evolucionan las “adicciones tradicionales” y las “adicciones conductuales” en los pacientes bariátricos?

En el estudio **LABS: “Addictive Disorders after Roux-en-Y Gastric Bypass”** publicado el 2015 (37) se realizó en una muestra de 201 pacientes, en que se evaluó la prevalencia de las “adicciones tradicionales” (por ejemplo el trastorno por consumo de alcohol) y de las llamadas “adicciones conductuales” o trastornos de control de impulsos (Por ejemplo, la conducta de comprador compulsivo, jugador compulsivo, ejercicio compulsivo, uso compulsivo de internet, aumento de la actividad sexual asociado a promiscuidad, cleptomanía, tricotilomanía y trastorno explosivo intermitente). Existen observaciones de que los pacientes que presentan una adicción por la comida previo a la cirugía, pueden presentar

posterior a la cirugía una “adicción tradicional” o una “adicción conductual”. Este fenómeno, de pasar de una adicción por la comida previo a la cirugía a una adicción de otro tipo posterior a la cirugía, se conoce como **“Transferencia de adicción”**.

La prevalencia de **“trastorno por consumo de alcohol”** previo a la cirugía fue de 37.3% y posterior a la cirugía fue de 18.4%. Tener AUD prequirúrgico, en relación a quienes no tienen este antecedente, aumentó el riesgo de AUD postquirúrgico (29.2% vs 11.9%).

La prevalencia de **“otros trastornos por consumo de sustancias”** para los trastornos más comunes previo a la cirugía fue de marihuana 7.5%, estimulantes 3.5% y cocaína 2% y la prevalencia posterior a la cirugía fue de 0% para estos trastornos.

La prevalencia de **“trastorno por adicciones conductuales”** previo a la cirugía fue de 11.5% y posterior a la cirugía fue de 9.5%. Tener el trastorno aumentó el riesgo de trastorno por adicciones conductuales postquirúrgico a un 56%. Los trastornos más prevalentes (antes o después de la cirugía), fueron comprador compulsivo, jugador compulsivo y usuario compulsivo de internet.

No se pudo establecer una asociación entre la presencia o ausencia de trastornos adictivos postquirúrgicos con la evolución del peso durante los tres años de seguimiento.

¿Cómo evoluciona la patología alimentaria en los pacientes bariátricos?

El estudio **LABS-3: “Eating Pathology, Experience, and Weight Loss in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: 3-Year Follow-up”** (26) se publicó el 2016 y participaron 183 pacientes, en los que se confirmó que **la prevalencia de psicopatología alimentaria previo a la cirugía** (evaluada con el *Eating Disorder Examination-Bariatric Surgery Version* (EDE-BSV), una versión modificada del Eating Disorder Examination (EDE) diseñada para evaluar las distintas formas que puede adoptar la patología alimentaria en los pacientes operados) mejoró dramáticamente posterior a la cirugía bariátrica y que estos beneficios se mantuvieron hasta los tres años de evolución. El estudio reportó la disminución de: episodios bulímicos objetivos (11.6% vs 1.3%), pérdida de control de la alimentación (18.3% vs 6.2%), picoteo (36.0% vs 20.2%) y comedor nocturno (16.5% vs 5.0%), EDE (1.8 vs 1.1) e intensidad del hambre (2.7 vs 2.0).

¿Cómo es la evolución de la sintomatología depresiva en los pacientes bariátricos?

El **LABS-2: “Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery study”** publicado el 2014 (20), en una muestra de 2148 pacientes que

completaron el BDI (*Beck Depression Inventory*) previo a la cirugía y por lo menos en una de las visitas de seguimiento entre los años uno y tres (1782 a los 6 meses, 1698 a 1 año, 1451 a los 2 años y 1411 a los 3 años). Se determinó que la prevalencia de síntomas depresivos previo a la cirugía fue de 28,3% (leves 23.6% vs moderados 4.2% vs severos 0.5%). Posterior a la cirugía se produjo una disminución de la severidad de los síntomas depresivos (con una tendencia a aumentar después del primer año), que se asoció significativamente a la variación del IMC. Paralelamente el uso de fármacos antidepressivos disminuyó de un 35% previo a la cirugía a aproximadamente un 27% posterior a la cirugía.

Se determinó que la presencia, de síntomas depresivos previo a la cirugía aumentó aproximadamente 7 veces el riesgo de presentarlos posterior a la cirugía.

Antes de la cirugía, el 10% de los participantes refirió el antecedente de hospitalización por motivos psiquiátricos y el 1% refirió haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses. Posterior a la cirugía la hospitalización por motivos psiquiátricos fue de 1% el primer año, de 1% el segundo año, pero aumento a 1.7% el tercer año.

¿Cómo es la evolución de la ideación suicida en los pacientes bariátricos?

El reporte **(LABS-2): “Prevalence, prospective, longitudinal examination of suicidal ideation among bariatric surgery patients”** publicado el 2016 (38), mostró que un 71.6% de los pacientes negaron la presencia de ideación suicida tanto antes como después de 5 años de la cirugía. Antes de la cirugía, un 5.5% refirió haber tenido alguna vez ideación suicida asociada a un plan para suicidarse, pero sin haber tenido un intento suicida y un 4.1% de los pacientes refirió haber tenido un intento suicida.

Después de la cirugía, un 3.2% refirió haber tenido ideación suicida asociada a un plan para suicidarse, pero sin haber tenido un intento suicida y un 0.8% de los pacientes refirió haber tenido un intento suicida. De los que tuvieron un intento suicida posterior a la cirugía, todos reconocieron haber tenido previo a la cirugía algún tipo de pensamiento suicida. En la prevalencia de ideación suicida hubo diferencias, pero no significativas, previo a la cirugía, un año posterior a la cirugía y cinco años posterior a la cirugía (5.3% vs 3.8% vs 6.6% respectivamente). Los principales predictores prequirúrgicos que se asociaron a ideación suicida postquirúrgica fueron la presencia de ideación suicida y de tratamiento psiquiátrico durante el año previo a la cirugía. También se asoció a un aumento de la ideación suicida postcirugía: ser hombre, joven, fumador, historia de hospitalizaciones psiquiátricas, deterioro de la salud general (SF-36), aumento de dolor corporal (SF-36). Los principales predictores postquirúrgicos que se asociaron a ideación suicida postquirúrgica fueron

haberse divorciado (respecto a mantenerse en el matrimonio), una disminución del estado de salud general (SF-36) y aumento de la sintomatología depresiva (BDI).

Los resultados de este estudio plantean que la prevalencia de ideación suicida no aumenta significativamente posterior a la cirugía bariátrica y que la cirugía bariátrica *per se* aparentemente no se asoció a mayor ideación suicida. Más bien, los pacientes que ya presentan factores de riesgo prequirúrgicos o que desarrollan factores de riesgos postquirúrgicos, similares a los de la población general, pueden presentar ideación suicida después de haberse operado.

En este estudio de cinco años de seguimiento hubo tres muertes atribuibles a suicidio y dos muertes atribuibles a sobredosis de alcohol o drogas. Si consideramos estas cinco muertes la tasa de suicidio fue de 3.8 por 10000 personas al año. Esta cifra es concordante con un reciente meta-análisis que mostró que los pacientes bariátricos tienen 4 veces más riesgo de cometer suicidio que la población general (4.1 vs 1.0 por 10000 personas-año) (39).

¿Cómo es la evolución de la productividad laboral en los pacientes bariátricos?

El **LABS-2: "Longitudinal Evaluation of Work Status and Productivity after Bariatric Surgery"** publicado el 2016 (40) se realizó en 1773 pacientes. Determinó que la prevalencia de pacientes empleados previo a la cirugía fue de un 74.8% y que este porcentaje no varió significativamente posterior a la cirugía. En los participantes que estaban empleados se evaluó el absentismo laboral (no asistir al trabajo por razones de salud) y el presentismo laboral (sí asistir al trabajo, pero con disminución de la productividad laboral por razones de salud) previo y posterior a la cirugía. La prevalencia de absentismo disminuyó de un 15.2% previo a la cirugía a un 10% al primer año de la cirugía y luego aumentó gradualmente hasta un 13.8% en el tercer año postcirugía. La prevalencia de presentismo disminuyó de un 62.8% previo a la cirugía a un 31.9% al primer año de la cirugía y luego aumentó gradualmente hasta un 41% en el tercer año postcirugía.

Presentar una mayor baja de peso, una mejoría de la función física y una mejoría de la sintomatología depresiva, se asociaron de forma independiente a la disminución del presentismo. Por el contrario, iniciar o continuar un tratamiento psiquiátrico posterior a la cirugía se asoció al aumento de presentismo. Todas las variables mencionadas (con excepción de una mayor baja de peso) se asociaron también a una menor prevalencia de absentismo. En suma, después de la cirugía los pacientes se mantuvieron trabajando en la misma proporción que antes de la cirugía, pero disminuyeron significativamente la discapacidad laboral por razones de salud.

DISCUSIÓN

Cómo vimos en la introducción, inicialmente las expectativas puestas en la cirugía bariátrica fueron enormes, se pensó que la cirugía bariátrica podría ser la solución definitiva para la obesidad y las comorbilidades asociadas. No fue así, pero continuó siendo por lejos la intervención más efectiva para los pacientes obesos. Se comportó siguiendo la evolución del ciclo de Gartner. Actualmente, podemos considerar que la cirugía bariátrica es una intervención que está en su etapa de madurez, de la que podemos obtener su máximo beneficio integrándola, como una intervención clave, en el tratamiento longitudinal y multidisciplinario de la obesidad.

Desde 1991 el *"National Institutes of Health Consensus Conference Development Panel"* recomendó un abordaje multidisciplinario para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. La evaluación psicosocial antes de la cirugía se transformó en un requisito y actualmente se utiliza en aproximadamente un 80% de los programas de cirugía bariátrica en EE.UU. Paralelamente las guías clínicas más importantes recomiendan la evaluación psicosocial de los pacientes que buscan una cirugía para la obesidad. Sin embargo, a pesar de que la evaluación psicosocial prequirúrgica se ha generalizado en muchos centros, actualmente no existe una guía clínica basada en evidencia sobre lo que debiera evaluarse (41).

Como vimos, el protocolo LABS es el estudio metodológicamente más riguroso que existe hasta este momento y nos ha proporcionado información de gran valor respecto a los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Este estudio confirma los altos niveles en la prevalencia de patología psiquiátrica (obtenidos en el estudio LABS-3 en una subpoblación de 199 pacientes), descritos en estudios previos. Pero a diferencia de otros estudios, los resultados obtenidos en el LABS ponen a prueba todo nuestro sentido común. Nos hace cuestionarnos algunos supuestos que damos por hecho y que pueden determinar recomendaciones y eventualmente la contraindicación de salud mental para la cirugía. Sabemos que existen muchas recomendaciones respecto a lo que el equipo de salud mental debe evaluar antes de que el paciente sea operado y muchas de estas recomendaciones operan bajo el supuesto de que la patología psiquiátrica afecta la evolución ponderal de los pacientes operados y, por lo tanto, son eventualmente una contraindicación relativa o absoluta para la cirugía. Por ejemplo, la guía de cirugía bariátrica publicada el 2016 elaborada por *"The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)"* (42) en el apartado 3.7 de Salud Mental establece en la primera declaración que "La obesidad está asociada a una enorme carga psicosocial. Algunos candidatos a cirugía bariátrica presentan considerable psicopatología asociada que puede afectar el

éxito de la cirugía y que en algunos casos representa una contraindicación para la cirugía". Esta guía establece como contraindicaciones absolutas para la cirugía: psicosis severa no estabilizada, trastorno bipolar severo no estabilizado, esquizofrenia severa no estabilizada, trastorno por consumo de alcohol o sustancias (activo o reciente) y bulimia nerviosa. Considera predictores de mal pronóstico de la evolución ponderal (y eventualmente contraindicaciones para la cirugía según su gravedad): trastornos de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno por atracones y trastorno por comedor nocturno.

La guía de cirugía bariátrica elaborada por ASMBS (*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*) "*Guidelines/Statements Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients*" actualizada el 2016 (41) realiza una serie de recomendaciones sobre los distintos objetivos que se debiesen cumplir en la evaluación prequirúrgica por el equipo de salud mental. Remarca la importancia de identificar la presencia de patología severa que contraindique la cirugía, pero también la relevancia de evaluar ampliamente la psicopatología que presenta el paciente. Luego describe la evidencia que relaciona la presencia de esta psicopatología con la evolución ponderal. A pesar de lo discutible de la relación entre la patología prequirúrgica y la evolución ponderal, esta guía pone énfasis en otros aspectos de la evaluación. Subraya que la evaluación es una oportunidad de obtener información relevante respecto del paciente, de establecer una relación de confianza entre el equipo de salud mental y el paciente, de hacer psicoeducación, advertir sobre la posibilidad de aparición de psicopatología posterior a la cirugía que puede complicar su evolución y transmitirle al paciente la confianza para buscar ayuda en el equipo en caso que se presenten problemas posteriores a la cirugía. Por último, enfatiza la necesidad de comunicar al resto del equipo, claramente las observaciones y recomendaciones respecto a la conveniencia o no de la cirugía.

A la luz de los resultados obtenidos en los estudios LABS y las guías clínicas vigentes, la evaluación de salud mental debiera orientarse a descartar las contraindicaciones absolutas para la cirugía, pero especialmente a educar y crear un vínculo con el paciente que le permita solicitar ayuda ante los problemas que surjan posteriores a la cirugía.

Con respecto a la evidencia que relaciona la presencia de psicopatología prequirúrgica con la evolución ponderal posterior a la cirugía, la información recopilada del LABS concluyó que: La prevalencia de vida de un trastorno psiquiátrico del eje I fue de aproximadamente dos tercios (68.6%). La prevalencia al momento de la cirugía para un trastorno psiquiátrico del eje I fue de aproximadamente un tercio (33.7%) (Estudio LABS-3 realizado en 199 pacientes). Los pacientes bariá-

tricos con sintomatología depresiva previo a la cirugía tienen mayor probabilidad de presentar un "evento adverso mayor" durante el primer mes posterior a la cirugía (Estudio LABS-2 en 2148 pacientes). La prevalencia de patología psiquiátrica (al momento de la cirugía y de vida), no son predictores de la evolución ponderal. Las variables prequirúrgicas no son predictores del éxito o fracaso de la cirugía bariátrica (Estudio LABS-2 en 2022 pacientes). Quizás sólo la combinación de muchas de estas variables, en un individuo particular, pueda dar cuenta de los cambios de la evolución ponderal. Por ejemplo, no se relacionó la pérdida de peso previo a la cirugía a una mejor evolución ponderal postquirúrgica. Este resultado es de la máxima relevancia, ya que bajar de peso previo a la cirugía se ha transformado, en muchas instituciones, en una condición necesaria para optar a la cirugía. Si la razón de esta indicación se debe a que se considera un indicador de buen pronóstico, este requisito debiera ser reconsiderado a la luz de los resultados obtenidos en los estudios LABS.

Ser fumador el año previo o al momento de la cirugía se asoció a mayor pérdida de peso en los pacientes RYGB, pero el efecto fue modesto (2.6% mayor pérdida de peso). El trastorno por consumo de alcohol se asoció a mayor pérdida de peso en los pacientes LAGB, pero el efecto fue modesto. A pesar de ello, se recomienda desincentivar estas conductas, no debido a que sean indicadores de mal pronóstico, sino debido a que los efectos negativos sobre la salud exceden con creces los efectos marginalmente positivos en la baja de peso. Las variables postoperatorias, como los cambios en las conductas relacionadas a la alimentación posterior a la cirugía, sí son predictoras de las grandes variaciones en la pérdida de peso. Por ejemplo, se determinó que el efecto aditivo de: auto pesarse semanalmente, parar de comer cuando se siente saciado y parar de comer continuamente durante el día, predijo una baja de 38% respecto al peso inicial, a diferencia de los pacientes que no realizaron estos cambios que bajaron tan sólo un 24%. Por lo tanto, sí se debiera evaluar sistemáticamente posterior a la cirugía, tanto la aparición de patología alimentaria como la intensidad de hambre, e implementar intervenciones psicológicas y farmacológicas que ayuden en su regulación. Con respecto al impacto de la actividad física en la evolución ponderal, los participantes sí tuvieron mayor actividad física después de un año de la cirugía en relación al período previo a la intervención. Sin embargo, existió una gran variabilidad en los niveles de actividad física. Además, se constató que los pacientes reportaron mayor actividad física que la que realmente realizaron. A pesar de que hubo un aumento objetivo de la actividad física al año postcirugía, fue claro que la mayoría de los pacientes tuvieron una actividad física insuficiente. Esto es especialmente relevante si consideramos que la "Asociación para el estudio de la obesidad" recomendó que los pacientes obesos no operados que han bajado de peso, deben realizar 60 a 90 minutos al día de actividad física de moderada intensidad

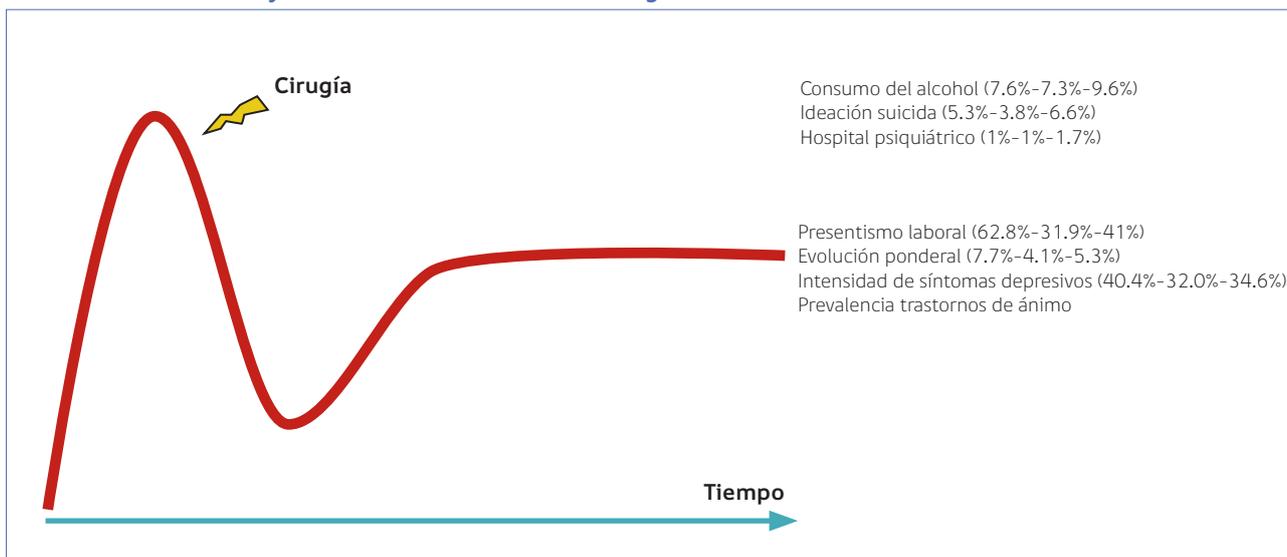
(o menor cantidad en caso de actividad física intensa), para prevenir la reganancia de peso (31). Dado los beneficios para la salud de la actividad física regular se debiera desarrollar intervenciones que promuevan la actividad física postquirúrgica (por ejemplo, previo a la cirugía estimular el aumento de la actividad física y posterior a la cirugía anotar la actividad física realizada diariamente) y tratar las condiciones que dificultan la actividad física postquirúrgica (por ejemplo, tratar los síntomas de asma, tratar los síntomas de dolor físico y estimular el dejar de fumar).

Con respecto al efecto de la cirugía sobre la evolución de la patología psiquiátrica, la evolución imita nuevamente la curva del ciclo de Gartner (Segundo estudio LABS-3 realizado en 165 de 199 pacientes del primer estudio LABS-3). Curiosamente, la curva refleja la evolución de la intensidad y/o prevalencia de la psicopatología en el tiempo en relación a la cirugía. En el momento previo a la cirugía tenemos el punto de mayor intensidad, luego, durante el primer año es cuando se observa la menor intensidad, posteriormente viene un ascenso gradual de la prevalencia y/o intensidad de la sintomatología y finalmente se alcanza una meseta, que con algunas importantes excepciones (intentos de suicidio, suicidio, hospitalización psiquiátrica y trastorno por consumo de alcohol) es más baja que el punto de inicio previo a la cirugía.

Específicamente, la prevalencia de "cualquier trastorno psiquiátrico" presente al momento de la cirugía (30.2%) disminuyó significativamente a los 36 meses después de la cirugía (18.4%). La prevalencia de AUD un año previo a la cirugía no difirió a la de un año posterior a la cirugía (7.6% vs 7.3%). Sin embargo, la prevalencia de AUD a los dos años de la cirugía fue significativamente más alta (9.6%). La prevalencia de psicopatología alimentaria mejoró dramáticamente posterior a la cirugía bariá-

trica y estos beneficios se mantuvieron hasta los tres años de evolución. Por ejemplo, la pérdida de control sobre la alimentación (LOC) bajó de un 18.3% previo a la cirugía a un 6.2% a los tres años de la cirugía. La intensidad de los síntomas depresivos disminuyó significativamente posterior a la cirugía, con una tendencia a aumentar después del primer año. Se determinó que la presencia, de síntomas depresivos previo a la cirugía aumentó aproximadamente 7 veces el riesgo de presentarlos posterior a la cirugía. Antes de la cirugía, el 10% de los participantes refirió el antecedente de hospitalización por motivos psiquiátricos y el 1% refirió haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses. Posterior a la cirugía la hospitalización por motivos psiquiátricos fue de 1% el primer año, de 1% el segundo año, pero aumento a 1.7% el tercer año. Claramente esta población es de riesgo y debiera ser monitoreada activamente por los equipos de cirugía bariátrica. La prevalencia de ideación suicida marco una tendencia tipo Gartner, pero sin diferencias significativas. Previo a la cirugía (5.3%), un año posterior a la cirugía (3.8%) y cinco años posterior a la cirugía (6.6%). En este estudio de cinco años de seguimiento, la tasa de suicidio fue de 3.8 por 10000 personas al año. Esta cifra es concordante con un meta-análisis que mostró que los pacientes bariátricos tienen 4 veces más riesgo de cometer suicidio que la población general (4.1 vs 1.0 por 10000 personas-año). Por lo que los equipos de cirugía bariátrica debieran evaluar rutinariamente la presencia de ideación suicida y de sus factores de riesgo tanto antes como después de la cirugía. La productividad laboral evaluada por la prevalencia de absentismo y presentismo mejoraron significativamente posterior a la cirugía. La tendencia a disminuir el presentismo durante el primer año y luego a aumentar después del primer año de la cirugía es un fenómeno que ya hemos descrito para otras variables postquirúrgicas, cuya evolución también sigue la curva de Gartner.

FIGURA 2. Prevalencia y/o intensidad de la sintomatología



Finalmente, podemos concluir que la cirugía bariátrica a pesar de seguir siendo la intervención más efectiva para los pacientes obesos, es al mismo tiempo una intervención que presenta una gran variabilidad en el porcentaje de peso perdido. Por lo tanto, resulta ser una intervención fundamental, pero que debe estar inserta en un tratamiento integral (multidisciplinario) que debe partir antes de la cirugía y continuar después de la cirugía. Los objetivos en la etapa preoperatoria debieran centrarse en la evaluación de la psicopatología (para identificar poblaciones de riesgo), la psicoeducación y la generación de las confianzas con el paciente (para que se sienta con la tranquilidad de consultar en caso de que lo necesite). Los objetivos

en la etapa postoperatoria debieran ser identificar e intervenir sobre los factores que afectan la evolución ponderal y estar especialmente atentos a la evolución de la psicopatología. Es útil recordar que tanto el peso, como la psicopatología siguen habitualmente la evolución de la curva de Gartner. Es decir, el peso y la psicopatología están en su punto más bajo en el primer año y luego empiezan a aumentar gradualmente hasta alcanzar una meseta en el segundo o tercer año de la cirugía. Por lo tanto, es fundamental reforzar la evaluación después del primer año, que es cuando más cuesta el seguimiento y los pacientes están más expuestos a la reganancia de peso y a la aparición de la psicopatología.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization.. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. 2000,(No. 894). World Health Organization.
2. Organización Mundial de la Salud *Obesidad y sobrepeso*. Centro de prensa. Nota descriptiva N°311. Mayo de 2014.
3. Valenzuela Alex.: *Obesidad y sus comorbilidades*. 2008,Santiago de Chile: Maval Impresores.
4. Malnick, S. D., & Knobler, H. *The medical complications of obesity*. 2006, *Qjm*, 99(9), 565-579.
5. Douketis, J. D., Macie, C., Thabane, L., & Williamson, D. F. *Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice*. *International journal of obesity*, 2005, 29(10), 1153-1167.
6. Puziferri, N., Roshek, T. B., Mayo, H. G., Gallagher, R., Belle, S. H., & Livingston, E. H.. *Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review*. 2014, *Jama*, 312(9), 934-942.
7. Ponce, J., DeMaria, E. J., Nguyen, N. T., Hutter, M., Sudan, R., & Morton, J. M. *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery estimation of bariatric surgery procedures in 2015 and surgeon workforce in the United States*. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2016, 12(9), 1637-1639.
8. Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., et al . *Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis*. *Jama*, 2004, 292(14), 1724-1737.
9. Schwartz, J., Suzo, A., Wehr, A. M., Foreman, K. S., Mikami, D. J., Needleman, B. J., et al . *Pharmacotherapy in conjunction with a diet and exercise program for the treatment of weight recidivism or weight loss plateau post-bariatric surgery: A retrospective review*. *Obesity surgery*. 2016, 26(2), 452-458.
10. Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Soulakova, J. N., Courcoulas, A. P., & Wisinski, M. S. *Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass*. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2008 4(4), 544-549.
11. De Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Gefeller, O., et al A. *Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews*. *Journal of affective disorders*. 2011, 133(1), 61-68.
12. Hsu, L. G., Benotti, P. N., Dwyer, J., Roberts, S. B., Saltzman, E., Shikora, S., et al *Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review*. *Psychosomatic medicine*, 1998, 60(3), 338-346.
13. Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. *Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients*. *The American journal of psychiatry*, 1992 149(2), 227.
14. Halmi, K. A., Long, M., Stunkard, A. J., & Mason, E. *Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients*. 1980, *The American journal of psychiatry*.
15. Powers, P. S., Rosemurgy, A., Boyd, F., & Perez, A. *Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction*. 1997, *Obesity Surgery*, 7(6), 471-477.
16. *Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium*. *Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery*. *N Engl J Med*, 2009 (361), 445-454.
17. Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., et al. *Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity*. 2013 *Jama*, 310(22), 2416-2425.
18. Mitchell, J. E., Selzer, F., Kalarchian, M. A., Devlin, M. J., Strain, G. W., Elder, K. A., et al. *Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study*. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2012 8(5), 533-541.
19. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O, et al. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of general psychiatry*, 2005, 62(6), 593-602.
20. Mitchell, J. E., King, W. C., Chen, J. Y., Devlin, M. J., Flum, D., Garcia, L., et al. *Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS2) study*. 2014, *Obesity*, 22(8), 1799-1806.
21. Kalarchian, M. A., King, W. C., Devlin, M. J., Marcus, M. D., Garcia, L., Chen, J. Y., et al. *Psychiatric disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: a 3-year follow-up*. *Psychosomatic medicine*, 2016, 78(3), 373-381.
22. Courcoulas, A. P., Christian, N. J., O'Rourke, R. W., Dakin, G., Dellinger, E. P.,

- Flum, D. R., et al. Preoperative factors and 3-year weight change in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) consortium. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2015, 11(5), 1109-1118.
23. Ortega, E., Morínigo, R., Flores, L., Moize, V., Rios, M., Lacy, A. M., & Vidal, J. Predictive factors of excess body weight loss 1 year after laparoscopic bariatric surgery. *Surgical endoscopy*, 2012, 26(6), 1744-1750.
24. Still, C. D., Wood, G. C., Chu, X., Manney, C., Strodel, W., Petrick, A. et al. Clinical factors associated with weight loss outcomes after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obesity*, 2014, 22(3), 888-894.
25. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2014; 22:87-91. [PubMed: 24347539].
26. Michael J. Devlin, MD1, Wendy C. King, Melissa A. Kalarchian. Eating Pathology and Experience and Weight Loss in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: 3-Year Follow-up; *International Journal of Eating Disorders*, 2016, 49:12 1058-1067.
27. Mitchell, J. E., Christian, N. J., Flum, D. R., Pomp, A., Pories, W. J., Wolfe, B. M. et al. Postoperative behavioral variables and weight change 3 years after bariatric surgery. *JAMA surgery*, 2016 151(8), 752-757.
28. King WC1, Hsu JY, Belle SH, et al. Pre- to postoperative changes in physical activity: report from the longitudinal assessment of bariatric surgery-2. *Surg Obes Relat Dis*. 2012 Sep-Oct; 8(5):522-32. Doi: 10.1016/j.soard.2011.07.018. Epub 2011 Aug 16.
29. Jacobi, D., Ciangura, C., Couet, C., & Oppert, J. M. Physical activity and weight loss following bariatric surgery. *Obesity Reviews*, 2011, 12(5), 366-377.
30. Bond, D. S., Jakicic, J. M., Unick, J. L., Vithianathan, S., Pohl, D., Roye, G. D. et al. Pre- to Postoperative Physical Activity Changes in Bariatric Surgery Patients: Self-Report vs. Objective Measures. *Obesity*, 2010, 18(12), 2395-2397.
31. Saris, W. H. M., Blair, S. N., Van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davies, P. S. W., Di Pietro, L., et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity reviews*, 2003, 4(2), 101-114.
32. De Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzén, B., Gefeller, O. et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders*, 2011, 133(1), 61-68.
33. King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama*, 2012, 307(23), 2516-2525.
34. Rosenberger, P. H., Henderson, K. E., & Grilo, C. M. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: a cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *The Journal of clinical psychiatry*, 2006, 67(7), 1080-1085.
35. Sarwer, D. B., Cohn, N. I., Gibbons, L. M., Magee, L., Crerand, C. E., Raper, S. E., et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 2004, 14(9), 1148-1156.
36. Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M., et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American journal of Psychiatry*, 2007, 164(2), 328-334.
37. Mitchell, J. E., Steffen, K., Engel, S., King, W. C., Chen, J. Y., Winters, K. et al. Addictive disorders after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2015, 11(4), 897-905.
38. Gordon, K., King, W., White, G., Belle, S., Courcoulas, A., Ebel, F. et al. A Prospective, Longitudinal Examination of Suicidal Ideation among Bariatric Surgery Patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2016, 12(7), S44-S45.
39. Peterhänsel, C., Petroff, D., Klinitzke, G., Kersting, A., & Wagner, B. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obesity reviews*, 2013, 14(5), 369-382.
40. Alfonso-Cristancho, R., King, W. C., Mitchell, J. E., Ramanathan, R., Sullivan, S. D., Belle, S. H., & Flum, D. R. Longitudinal Evaluation of Work Status and Productivity after Bariatric Surgery. *Jama*, 2016, 316(15), 1595-1597.
41. Sogg, S., Lauretti, J., & West-Smith, L. Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2016, 12(4), 731-749.
42. De Luca, M., Angrisani, L., Himpens, J., Busetto, L., Scopinaro, N., Weiner, R., et al. Indications for surgery for obesity and weight-related diseases: position statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obesity surgery*, 2016, 26(8), 1659-1696.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL

PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN THE GENERAL HOSPITAL

DR. RODRIGO NIETO (1) (2), DRA. CATHERINE IRIBARNE (1), DR. MAURICIO DROGUETT (1), DR. ROBERTO BRUCHER (1), DR. CRISTIÁN FUENTES (1), DRA. PAULINA OLIVA (1)

(1) Equipo de Urgencia y Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría Adultos, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Clínica Psiquiátrica Universitaria, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Email: rnieto@clc.cl

RESUMEN

Las urgencias psiquiátricas pueden presentarse en diversos escenarios clínicos, incluyendo la consulta ambulatoria, el servicio de urgencias, o el hospital general. Por este motivo, es importante que tanto psiquiatras como médicos de otras especialidades estén capacitados para su reconocimiento y manejo inicial. Especialmente en el contexto del hospital general, es importante considerar la relación entre enfermedades médicas y psiquiátricas, desde los síntomas físicos que pueden presentarse producto de un trastorno psiquiátrico, hasta los síntomas psiquiátricos que son el resultado de enfermedades orgánicas, medicamentos o abuso de sustancias. Adicionalmente, en este artículo se entregan elementos para el manejo de algunas urgencias psiquiátricas particularmente relevantes, tales como la ideación suicida, la agitación psicomotora o el delirium, donde las intervenciones iniciales pueden ser de gran importancia para la evolución y el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Urgencia psiquiátrica, servicio de urgencias, psiquiatría de enlace, ideación suicida, delirium, agitación psicomotora.

SUMMARY

Psychiatric emergencies may occur in a variety of clinical settings, including outpatient visits, the emergency department, or the general hospital. For this reason, it is important that both psychiatrists and other specialists are trained for their initial recognition and management. Particularly in the context of the general hospital, it is important to consider the association

between medical and psychiatric illnesses, from physical symptoms that may be due to a psychiatric disorder, to psychiatric symptoms that are the result of organic diseases, medications or substance abuse. In addition, this article provides elements for the management of some particularly relevant psychiatric emergencies, such as suicidal ideation, psychomotor agitation or delirium, where initial interventions may be important for patient evolution and prognosis.

Key words: Psychiatric emergency, emergency department, liaison psychiatry, suicidal ideation, delirium, psychomotor agitation.

INTRODUCCIÓN

En medicina, la urgencia está definida por el riesgo vital o la necesidad de actuar rápidamente para evitar secuelas graves. En psiquiatría la definición de urgencia es más imprecisa, pues si bien el riesgo vital existe, tanto para el paciente como para terceros, es habitual actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la alteración conductual. Los objetivos de la atención de una urgencia psiquiátrica incluyen resolver la necesidad más inmediata, precisar el factor desencadenante, intervenir para prevenir recaídas y vincular al paciente y su familia con el equipo de salud donde se continuará la atención (1).

El primer paso en la evaluación del paciente con una urgencia psiquiátrica es la entrevista inicial. Si la historia psiquiátrica previa no está disponible y el paciente no es cooperador o está desorganizado, se debe obtener información de los miembros de la familia o acompañantes. El examen físico y las pruebas de

laboratorio de rutina, incluyendo las pruebas toxicológicas, están indicados para la mayoría de los casos, especialmente si existe agitación marcada, comportamiento violento, confusión o signos vitales anormales. En casos de conducta violenta o descontrolada se recomienda la tranquilización rápida del paciente con antipsicóticos o benzodiacepinas por vía parenteral antes de proseguir la evaluación (2), ya que es importante recordar que durante este proceso la primera prioridad en una urgencia psiquiátrica es asegurar la seguridad del paciente y de aquellos a su alrededor, incluyendo al equipo que lo atiende (3).

En ocasiones una urgencia psiquiátrica es fácilmente atribuible a la descompensación de un trastorno psiquiátrico de base, en un paciente con una historia conocida. Sin embargo, muchas veces la diferenciación clínica entre un cuadro funcional y uno orgánico no es sencilla, por lo que el paciente debe ser evaluado a fondo para excluir una causa toxicológica o un trastorno médico (4).

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en los pacientes con patología médica, tanto ambulatorios como hospitalizados. Como consecuencia, las urgencias psiquiátricas se dan con frecuencia en lugares no psiquiátricos, como el hospital general, la consulta ambulatoria, o el servicio de urgencias, por lo que médicos generales y de otras especialidades (medicina interna, urgenciología, entre otras), son a menudo los primeros en ver un paciente con una urgencia psiquiátrica (5, 6). De hecho, un número significativo, alrededor de un 5% de las consultas al Servicio de Urgencias (SU), son por causas psiquiátricas (7). El formato de la atención en el SU y el escaso tiempo disponible para ésta expone a errores diagnósticos, incluso en personal capacitado (8). Esto puede ser un desafío no sólo demandante de tiempo sino también estresante para muchos médicos (9). Por estos motivos, en algunos centros clínicos de alta complejidad es posible contar con una interconsulta a psiquiatría para la atención de estos pacientes.

En el contexto del hospital general, al atender una interconsulta para psiquiatría en el servicio de urgencias es necesario tener presentes tres escenarios posibles. En primer lugar, es posible la aparición de síntomas psiquiátricos como resultado de enfermedades orgánicas, lo que debe evaluarse cuidadosamente, ya que en ocasiones dicho cuadro orgánico puede poner en riesgo la vida del paciente. Por otra parte, también cabe considerar que la presencia de un trastorno psiquiátrico puede producir síntomas físicos, como por ejemplo una crisis de pánico. Finalmente, se debe tener en cuenta la posibilidad de la coexistencia de trastornos psiquiátricos y enfermedades orgánicas, lo que tendrá implicancias para el manejo (7, 10, 11).

En este artículo se revisan estas tres posibilidades, que enfrentamos día a día en nuestro quehacer. Adicionalmente, se revisan situaciones clínicas de especial atención en urgencias psiquiátricas, como el manejo de la suicidalidad, de la agitación psico-

motora, y el reconocimiento del delirium.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS FÍSICOS

La distinción entre respuestas normal y anormal al estrés es relevante para comprender muchos cuadros psiquiátricos, incluyendo varios de los que consultan en el SU. La ansiedad es normal y adaptativa si es controlable y justificada por una amenaza real, pero se considera patológica si es desproporcionada y deteriora el funcionamiento del paciente, resultando maladaptativa y en ocasiones dolorosa.

Estresores biográficos comunes incluyen conflictos familiares, problemas escolares, problemas de sexualidad, problemas de pareja, financieros, la enfermedad, muerte de un ser querido y los cambios generales de la vida, entre otros. Formas clínicas de respuestas anormales o excesivas al estrés incluyen el trastorno por estrés agudo y post traumático, los trastornos adaptativos, crisis de pánico reactivas y depresiones gatilladas o exacerbadas en un contexto reactivo. Entre las causas psiquiátricas más frecuentes de consulta en el SU están los trastornos de ansiedad, los trastornos de adaptación y la depresión (en conjunto 75% del total) (4). Otros cuadros psiquiátricos descompensados por estrés incluyen a los trastornos disociativos y conversivos, trastornos somatomorfos y descompensaciones de trastornos de la personalidad.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre las enfermedades más frecuentes en los países occidentales (2-5% de la población general), y estarían presentes en alrededor de un 40% de los pacientes que consultan a un Servicio de Urgencias. Los ansiolíticos, además, figuran entre los medicamentos más prescritos (7).

El cuadro paradigmático es la crisis de pánico. Un episodio de ansiedad aguda que, por hiperactivación simpática, provoca síntomas físicos como inquietud, taquicardia, dolor torácico, disnea, sudoración y molestias gastrointestinales, además de una sensación de terror o muerte inminente. Es muy común que el paciente crea que está padeciendo un infarto u otra enfermedad médica grave y mortal. Aproximadamente el 25% de los pacientes con dolor torácico en el SU tienen una crisis de pánico (12).

Estos síntomas ansiosos pueden presentarse también en cantidad e intensidad variables en otros trastornos de ansiedad. El temor por un objeto específico (ej.: animales) o por una situación (ej.: suciedad, asociada a trauma), que a menudo conduce a un comportamiento de evitación de dicho objeto o situación, deben hacer sospechar fobias, trastorno obsesivo-compulsivo o estrés post-traumático.

Las benzodiazepinas suelen mejorar de manera rápida y efectiva estos síntomas, modulando la ansiedad mediante la depresión del sistema nervioso central (unión a receptores gabaérgicos) y una posterior reducción de las catecolaminas circulantes. Sin embargo, la intervención en urgencia muchas veces es una oportunidad para además indicar las medidas terapéuticas que darán frutos a mediano y largo plazo (por ejemplo inicio de un ISRS, psicoterapia de apoyo, según corresponda).

Trastornos de conversión

Los trastornos de conversión representan la traducción de un conflicto psíquico a un síntoma orgánico, que tradicionalmente muestra contenidos altamente significativos y emocionales. Este trastorno es muy común en la práctica médica y en el SU, pero rara vez es reconocido por el médico y difícilmente admitido por el paciente.

Los trastornos de conversión se caracterizan por síntomas sensoriales o motores, que sugieren una enfermedad neurológica o médica, y son precedidos y gatillados por conflictos u otros desencadenantes emocionales. Sin embargo, la exploración médica usualmente no encuentra congruencia entre el cuadro y algún síndrome neurológico típico u otra enfermedad conocida. Los síntomas de conversión más frecuentes son los de funciones sensoriales. Estos síntomas no son simulados, por lo que se postula su origen inconsciente, suelen ser transitorios y cambiantes, proporcionan gratificación para necesidades de atención inconscientes (ganancia secundaria) y, en contraste con los trastornos somatomorfos, suelen responder bien a las intervenciones psicoterapéuticas.

Trastornos somatomorfos

En los trastornos somatomorfos se presentan múltiples síntomas físicos, de dolor, gastrointestinales, genitourinarios, pseudoneurológicos, sexuales, fatiga, y otros, se instalan de manera crónica (aunque pueden tener reactivaciones intermitentes), impactan negativamente en la vida del paciente y lo motivan a consultar repetidas veces con el médico. Sin embargo, pese a múltiples estudios, no es posible hallar una causa médica para estos.

Quienes padecen de estos cuadros son policonsultantes y no se alivian de manera consistente con tratamientos médicos, pero son también muy resistentes a intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas. Los síntomas no son fabricados, como en el trastorno facticio, ni simulados. Se estima que hay una causa psíquica inconsciente de estos síntomas, aunque es menos clara y menos llena de sentido que en los trastornos de la conversión. De acuerdo a teorías psicoanalíticas ésta causa estaría arraigada de manera profunda y se estructuraría en la infancia (13).

Trastorno facticio

Llamado también síndrome de Munchausen, se caracteriza por la repetida fabricación de una enfermedad física, a menudo con

síntomas agudos y exagerados, de pacientes que varían su lugar de consulta de hospital a hospital buscando médicos para que los traten. Estos individuos poseen un amplio conocimiento de la terminología médica y a menudo están cubiertos de antiguas lesiones. Pueden llegar a veces a extremos que pueden ser peligrosos, como tomar fármacos, inyectarse otras sustancias y provocarse lesiones, exponiéndose muchas veces a estudios médicos invasivos innecesarios y no libres de riesgo.

Aunque conscientes del engaño que producen, deben distinguirse de la verdadera simulación porque sus razones y solicitudes de ayuda son en gran medida profundas e inconscientes. A diferencia del simulador puro, que busca una ganancia concreta al presentarse como enfermo (económica, licencia médica, de tipo legal, etc), en el trastorno facticio el paciente busca simplemente asumir el rol de enfermo y recibir la atención, consideración y cuidados que se le prestan a un paciente.

Factores biográficos y psíquicos que pueden estar asociados a esta condición son trastornos de la personalidad, experiencias de abuso infantil por parte de padres, experiencias de trabajo en entornos médicos, una estrecha relación con un médico importante (14).

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS QUE SON EL RESULTADO DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS

En algunos casos los pacientes presentan desajustes emocionales y/o conductuales que pueden ser la manifestación principal de una enfermedad orgánica. Esto debe ser sospechado cuando se presentan los siguientes elementos: edad mayor a 30 años y sin historia psiquiátrica previa, antecedentes de enfermedad física o de abuso de drogas o medicación, inicio súbito de los síntomas, confusión, alucinaciones visuales, desorientación en tiempo y espacio, síntomas no congruentes con un cuadro psiquiátrico claro, signos vitales anormales, coexistencia de signos de una enfermedad orgánica, fluctuación súbita de síntomas psiquiátricos y pobre respuesta al tratamiento psiquiátrico (15).

En conjunto, los casos en que enfermedades médicas producen síntomas psiquiátricos agudos representan más de un 10% de todos los cuadros con manifestaciones psiquiátricas. Se les ha llamado urgencias pseudopsiquiátricas y habitualmente desconciertan a los médicos del servicio de urgencias por la conducta en ocasiones impredecible y agresiva de estos pacientes. (16). Un diagnóstico correcto y oportuno es fundamental para un manejo adecuado y un buen resultado terapéutico.

Enfermedades Neurológicas

Parte importante de los cuadros neurológicos se relacionan con manifestaciones psiquiátricas, ya sea directamente por un efecto de masa, daño vascular o mediado por la inmunidad, o indirectamente por la presión intracraneal, o como efecto colateral de

algunos tratamientos. Se puede mencionar al trauma cerebral, que en lo agudo puede provocar amnesia, somnolencia y coma, y durante su rehabilitación alteración de la conducta y la personalidad, un cuadro depresivo y cuadros de ansiedad, incluyendo trastorno por estrés postraumático (17). Los tumores cerebrales pueden producir disfunción cognitiva y síntomas psiquiátricos según el territorio afectado (18). Dentro de las encefalopatías mediadas por la respuesta inmune destaca la encefalopatía asociada al receptor NMDAr, que se caracteriza inicialmente por síntomas psiquiátricos como alteración en el nivel de conciencia, alucinaciones y conducta paranoidea (19). Otras enfermedades frecuentes que se manifiestan con síntomas psiquiátricos son la epilepsia, la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades degenerativas como las demencias, Parkinson y Huntington, que pueden presentar ansiedad, depresión y psicosis (11).

Enfermedades cardiorespiratorias

Los síntomas psiquiátricos son comunes en la falla respiratoria, tanto por hipoxia como por hipercapnia; la primera se manifiesta con irritabilidad y cambios anímicos y la segunda con somnolencia y confusión. El delirium es frecuente en la neumonía, el edema pulmonar y el tromboembolismo pulmonar se manifiestan con una sensación de asfixia asociado a ansiedad y agitación y se han observado tasas de hasta un 30% de depresión en el trasplante de pulmón (20).

Respecto a lo cardiovascular, el prolapso de la válvula mitral se acompaña de palpitaciones y ansiedad y las arritmias pueden simular una crisis de pánico. Un síndrome depresivo está presente con frecuencia en las enfermedades cardíacas, en especial en la enfermedad coronaria (21).

Enfermedades inflamatorias e infecciosas

La infección y la enfermedad inmune pueden inducir un conjunto de síntomas que se denominan "*sickness behavior*", mediado por citoquinas pro inflamatorias. Los síntomas son similares a la depresión, con inhibición conductual, baja capacidad hedónica y síntomas somáticos. Entre las enfermedades autoinmunes, el lupus eritematoso sistémico y el síndrome antifosfolípido pueden producir cambios anímicos, deterioro cognitivo, delirium y psicosis, así como la arteritis de la temporal se ha relacionado con psicosis y síntomas afectivos (22). Por otra parte, múltiples enfermedades infecciosas pueden producir síntomas psiquiátricos, tales como mononucleosis, VIH/SIDA y fiebre tifoidea (23).

Neoplasias

El síndrome paraneoplásico es causado principalmente por una alteración inmunológica secundaria al cáncer. Puede afectar a la periferia o el sistema nervioso central (SNC), mostrando síntomas neuropsiquiátricos tales como alteración de conciencia, de la cognición, del ánimo y de la sensopercepción. Se observa en un 1% en cáncer de ovario, 3-5% en cáncer de pulmón y 20% en

timomas. La encefalopatía límbica es un ejemplo de esto, que se caracteriza por un comienzo abrupto de síntomas psiquiátricos y que culmina en un deterioro neurológico severo (24)

Enfermedades endocrinas, metabólicas y estados deficitarios

Dentro de los cuadros endocrinos, diversas alteraciones pueden cursar con síntomas psiquiátricos, incluyendo la enfermedad de Graves, de Addison, el síndrome de Cushing, el feocromocitoma, la hiperprolactinemia y el hipogonadismo masculino, además del síndrome premenstrual y la menopausia. El hipotiroidismo se puede presentar con síntomas psiquiátricos que van desde la ansiedad hasta la demencia sobre todo en ancianos. Una causa de hipotiroidismo es la tiroiditis de Hashimoto, por lo que en el contexto de urgencias psiquiátricas es importante mencionar a la encefalopatía de Hashimoto, que tiene una patología mediada por el sistema inmune. Se presenta con un deterioro intelectual, agitación, alteraciones anímicas, alucinaciones y convulsiones que son independientes de la función tiroidea (25).

Dentro de los desórdenes electrolíticos destaca la hipocalcemia, propia de la enfermedad paratiroidea. Existe una relación mutua entre las crisis de pánico y la hipocalcemia. La crisis de pánico puede manifestarse con tetania por la hiperventilación y la tetania puede gatillar crisis de pánico. Se describe hasta un 20% de ansiedad en estos cuadros. El antecedente de una falla renal o de tiroidectomía hacen sospechar de este desorden, especialmente si se agregan alteraciones electrocardiográficas, parestesias, laringoespasmos y convulsiones (26). Otras alteraciones electrolíticas y de fluidos con síntomas pseudopsiquiátricos son la deshidratación, hiponatremia, hipernatremia, e hipomagnesemia. El síntoma más común en todos estos casos es la confusión (27).

Dentro de las enfermedades deficitarias encontramos al Síndrome Wernicke -Korsakoff por déficit de tiamina. Se caracteriza por la ataxia, oftalmoplejia y nistagmus asociado a amnesia y confabulaciones. En formas complejas puede presentar síntomas esquizomorfos y anímicos. La RNM muestra clásicamente una lesión talámica. Bajos niveles de vitamina D se han asociado con ansiedad, depresión y psicosis. Otros desórdenes asociados a síntomas psiquiátricos son déficit en vitaminas B2, B6, B12, PP, ácido fólico y zinc (28).

Sustancias que inducen síntomas psiquiátricos

El abuso de sustancias o drogas, o su abandono, puede producir síntomas psiquiátricos y orgánicos, debido al daño en el SNC y sistemas gastro-intestinal, cardiovascular y endocrino además de provocar estados carenciales.

El uso o abuso de sustancias con propiedades psicomiméticas como cocaína, anfetaminas, alucinógenos y cannabis puede provocar reacciones psicóticas que se asemejan a una enfermedad psicótica primaria o develar una esquizofrenia latente. El

reciente aumento de uso de metanfetaminas en todo el mundo y su asociación con síntomas psicóticos en los usuarios regulares ha alimentado la preocupación (29).

Los síntomas de ansiedad son comunes en la intoxicación por estimulantes (cocaína, *crack*, anfetaminas, éxtasis) y poco frecuentes en la intoxicación por sedantes (opiáceos), excepto alcohol. Puede ocurrir un efecto paradójico a las benzodiacepinas, especialmente en ancianos, produciendo manifestaciones de ansiedad. Por otro lado, los síntomas de ansiedad ocurren comúnmente en el síndrome de abstinencia, indistintamente para sedantes (opiáceos, benzodiacepinas) y estimulantes. Las manifestaciones pueden incluir inquietud, agitación psicomotora, avanzando hasta comportamientos agresivos, generalmente asociados a manifestaciones vegetativas (insomnio, taquicardia, hipertensión, sudoración, náuseas). Dependencia y abstinencia de sedantes hipnóticos pueden ser médicamente graves y, como con la abstinencia del alcohol, hay un riesgo de psicosis o convulsiones si no se maneja adecuadamente (30).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE COEXISTEN CON ENFERMEDADES MÉDICAS

La convivencia independiente de trastornos psiquiátricos y orgánicos en el mismo paciente resulta en el conocido fenómeno de la comorbilidad, influyendo negativamente en la morbimortalidad.

La coexistencia y mutua interacción de los trastornos psiquiátricos y/o enfermedades médicas suele causar dificultad diagnóstica y terapéutica, e implicancias médico-legales importantes (31). La situación puede variar dependiendo de factores como el tipo de trastornos psiquiátricos y orgánicos involucrados, y es necesario distinguir si los síntomas clínicos son primarios, independientes, o inducidas por la enfermedad médica. Mención aparte merece la relación de síntomas con medicamentos, así como con intoxicación o abstinencia de sustancias, abordada ya en la sección anterior.

Co-ocurrencia de Trastornos Psiquiátricos y Enfermedades Médicas

La mayoría de los trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, están asociados con excesiva morbimortalidad médica. Esto representa un importante problema de salud, con hasta 30 años de vida útil menos en comparación con la población general. Un paciente con un trastorno psiquiátrico que se queja de síntomas físicos producidos por enfermedades médicas puede estar desconcertado en relación a sus síntomas, y el médico debe hacer un esfuerzo en el diagnóstico de enfermedades médicas para no atribuir sus síntomas a priori a la enfermedad psiquiátrica (10).

La pérdida de años de vida saludable por enfermedades médicas en pacientes psiquiátricos se debe principalmente a enfer-

medad cardiovascular prematura. Las causas de mayor enfermedad metabólica y cardiovascular en esta población están por un lado relacionadas a la pobreza y al acceso limitado a la atención médica, pero por otro lado también al uso de algunos tratamientos farmacológicos (por ejemplo, algunos antipsicóticos atípicos). Adicionalmente, los pacientes con enfermedades mentales graves tienen una mayor tasa de factores de riesgo prevenibles tales como fumar, abuso o dependencia de sustancias, mala alimentación y falta de ejercicio (2).

Depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) parecen estar relacionadas con enfermedades cardíacas, contribuyendo de manera negativa a eventos cardiológicos críticos. De hecho, las tasas de prevalencia de trastornos depresivos en diferentes condiciones cardiológicas son significativamente mayores que las frecuencias que se pueden esperar en la población general saludable (12).

Se da también una relación entre enfermedades respiratorias y trastornos psiquiátricos. Por una parte, el asma se relaciona frecuentemente a depresión y a crisis de pánico. Por otra parte, ansiedad, depresión y psicosis se consideran causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con EPOC y asma (32).

Dentro de las enfermedades gastroenterológicas, las enfermedades mentales y trastornos psicósomáticos tienen un papel importante en el manejo y en la calidad de vida del paciente. Los pacientes psiquiátricos están en alto riesgo incluso para enfermedades hepáticas, por el posible abuso de sustancias, por estar más expuestos a daños por alcohol y por mayor exposición a infecciones por virus hepáticos.

Hay evidencia que la asociación de diabetes mellitus y psicosis empeora el pronóstico tanto del trastorno psiquiátrico como de la enfermedad metabólica. Una mención especial merece el uso de antipsicóticos atípicos, porque la mayor parte de estos fármacos tienen un modo complejo de acción y pueden asociarse a aumento de peso y síndrome metabólico (34).

MEDICAMENTOS Y URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

La prescripción de medicamentos es comúnmente responsable de síntomas psiquiátricos y orgánicos. En la atención primaria de salud aproximadamente el 2% de los pacientes que reciben tratamiento farmacológico desarrolla efectos secundarios, y en pacientes hospitalizados los efectos secundarios clínicamente relevantes supera el 10%. Además, se ha estimado que aproximadamente 3-5% de los ingresos hospitalarios están relacionados con reacciones adversas. Reacciones adversas por uso de psicofármacos clínicamente relevantes se pueden dar en el sistema hematológico, la piel, el tracto gastrointestinal y sistema cardiovascular, además de en el SNC. Factores predisponentes para

reacciones adversas clínicamente relevantes son sexo femenino, ancianos y polifarmacia (34).

La revisión de los efectos colaterales de cada psicofármaco, así como de los efectos colaterales relacionados con el ámbito psiquiátrico de fármacos utilizados en otras especialidades médicas, excede los objetivos de este artículo. Sin embargo, mencionaremos el síndrome neuroléptico maligno y el síndrome serotoninérgico por ser urgencias médicas secundarias al uso de psicofármacos, y constituyen complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. También mencionaremos el síndrome de discontinuación de fármacos serotoninérgicos, por ser un motivo de consulta que hemos visto en urgencias.

Un síndrome serotoninérgico grave se ha descrito en relación a combinación de fármacos que aumentan la actividad serotoninérgica, caracterizado por hipertermia, cambios en el estado mental, inquietud, mioclonias, hiperreflexia, diaforesis o evidencia de hiperactividad autonómica. Para el manejo se suele indicar monitorización y apoyo en una unidad de cuidados intensivos (35). Por otro lado, la interrupción brusca de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) u otro fármaco con acción serotoninérgica, puede dar lugar a un síndrome de discontinuación, con frecuencia y la severidad relacionados con la vida media del fármaco (frecuentes con paroxetina y venlafaxina, cuyas vidas medias son más cortas).

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción adversa infrecuente, pero potencialmente mortal asociada con el uso de antipsicóticos, especialmente aquellos de primera generación (también llamados neurolépticos). Se presenta con cambios del estado mental, inestabilidad autonómica, rigidez e hipertermia. La elevación de creatina-kinasa, pruebas de función hepática (lactato deshidrogenasa, aminotransferasa de aspartato) y conteo de glóbulos blancos, junto con un nivel de hierro sérico bajo, distingue el síndrome neuroléptico maligno. En estos casos se puede usar dantroleno como tratamiento basado en la evidencia, además de un apoyo y monitorización adecuados (36).

SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. Ideación suicida

Aunque la ideación suicida es una urgencia psiquiátrica que con frecuencia le toca manejar a los profesionales de la salud mental, en muchas ocasiones se presenta ante el médico de la atención primaria, del hospital general, o del SU. En EE.UU. se estima que más del 90% de los individuos que completan un suicidio han consultado a un médico en las semanas o meses previos (37).

El manejo apropiado incluye averiguar sobre los pensamientos o comportamientos suicidas, realizar una evaluación del riesgo

actual del individuo de inferirse daño de forma inminente, y crear un plan de tratamiento en colaboración con el paciente y su red de apoyo. Se deben identificar factores de riesgo incluyendo aquellos potencialmente modificables, identificar factores protectores y eventualmente potenciarlos, clarificar el nivel actual de ideación y planificación suicida. A diferencia de algunas urgencias médicas, no existen actualmente algoritmos confiables basados en evidencia para evaluar, manejar y prevenir el suicidio. Aún cuando se han aplicado diversos protocolos a poblaciones de pacientes de riesgo, el valor predictivo positivo no supera el 11%. El proceso de manejo en la práctica clínica requiere ser individualizado y colaborativo, en el contexto de una entrevista llevada a cabo de forma a la vez curiosa, cooperativa y con calma (38).

Los intentos de suicidio previos siguen siendo el mayor predictor de intentos y de suicidios posteriores. A pesar de que la mayoría de los individuos que se autoagreden no terminan cometiendo un suicidio, las autoagresiones repetidas incluso sin intención suicida son un predictor de suicidio, y están presentes típicamente en los 12 meses previos al suicidio en personas jóvenes. Existe una correlación creciente entre ideación y comportamientos suicidas, especialmente para los pacientes que se presentan en el SU (39).

La ideación suicida se relaciona también con un aumento del riesgo, especialmente si ésta se ha desarrollado hacia buscar medios para realizar la acción, si hay aumento en la frecuencia de hablar sobre la muerte, o si se dan comportamientos de ensayo. No existe diferencia documentada entre ideación suicida pasiva o activa respecto al curso ni resultado de un acto suicida, por lo que ambas deben ser consideradas de peso al momento de la evaluación (40).

Todos los trastornos psiquiátricos, con la excepción de discapacidad intelectual y de demencias avanzadas, están asociadas con un aumento tanto de ideación e intentos suicidas, como de suicidios consumados. El uso de sustancias y/o los trastornos por uso de sustancias, incluyendo medicamentos adictivos, alcohol y drogas ilícitas, se asocian también con un aumento en el riesgo de suicidio (41). Adicionalmente, deben considerarse los estresores psicosociales, especialmente en el contexto de la circunstancia y la edad de cada paciente. Varias enfermedades médicas, incluyendo cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedad cardiovascular isquémica, diabetes, enfermedades pulmonares, y enfermedades de la médula espinal, están asociadas de forma independiente con el riesgo de suicidio (42).

Así como hay factores de riesgo, la mayoría de los individuos tienen también factores protectores, tanto modificables como no modificables, los que deben ser analizados en el contexto de cada paciente. Para indagar en ellos se puede preguntar por los motivos para vivir y con quienes cuenta como apoyo en situaciones difíciles. Se intentará reforzarlos durante períodos

de estrés agudo para proteger contra el riesgo de suicidio (43). A pesar de que el embarazo y la maternidad se han estudiado como factor protector, el suicidio sigue siendo la mayor causa de muerte materna en los países industrializados (44).

Se considerará un riesgo suicida agudo severo si nos encontramos ante un paciente con ideación suicida intensa, frecuente o persistente, con planificación, con múltiples factores de riesgo o alguno muy significativo, con poca capacidad de autocontrol (ya sea en contexto de su personalidad o por de uso de sustancias), y/o con pocos factores protectores. En este caso el paciente no debe quedar solo y se deben retirar todos los elementos de riesgo con los que pueda hacerse daño, y se debe considerar la posibilidad de hospitalización, la que puede ser cursada involuntariamente en caso de ser necesario para proteger la vida (45).

2. Delirium

El delirium se considera una urgencia médica, ya que las causas pueden ser de riesgo vital si no son atendidas de forma oportuna. Puede ser la primera manifestación de una enfermedad aguda potencialmente grave, incluso antes que la fiebre, taquicardia, taquipnea o hipoxia. Corresponde a un síndrome clínico con manifestaciones psiquiátricas, pero siempre de causa médica, neurológica, o (neuro)quirúrgica, caracterizado por compromiso de consciencia de predominio cualitativo, de curso fluctuante y de inicio agudo, con disminución de la atención, asociado a un cambio en las funciones cognitivas y/o alteraciones perceptuales (46).

En la evaluación inicial en el SU se debe asegurar la vía aérea, respiración y circulación adecuados, y se deben obtener los signos vitales incluyendo oximetría, hemodinamia, glicemia capilar y temperatura. Se requiere una anamnesis, examen físico y neurológico completos, dirigidos a identificar factores predisponentes y precipitantes. Sin embargo, la evaluación de un paciente delirioso en el SU representa desafíos adicionales a los de cualquier paciente: la anamnesis puede ser confusa o poco fiable, el estado del paciente puede resultar poco cooperador para un buen examen físico, lo que puede dificultar el diagnóstico, requerir mayor cantidad de procedimientos, y se ha asociado a mayores costos y posibilidades de error (47). Considerando el principio bioético de autonomía para toma de decisiones, se agrega además la dificultad de que muchas veces el paciente con delirium no tiene la capacidad para tomar decisiones clínicas, por lo que con frecuencia se debe recurrir a la familia del paciente para acordar los planes de tratamiento (46).

Se asocia a mayor riesgo de mortalidad en distintas unidades asistenciales. En servicios de urgencia en particular, se ha asociado a mayor mortalidad a 6 meses en los adultos mayores, especialmente en quienes no se hace el diagnóstico de delirium a tiempo (48). Por este motivo es de fundamental la correcta identificación y manejo del delirium desde el SU. El médico que

ve un paciente de urgencia es crítico en la evaluación del estado mental alterado, y es quien debe rápidamente identificar a aquellos gravemente enfermos, diagnosticar en forma eficiente la causa e iniciar terapias que modifiquen su pronóstico. Existen distintas escalas de tamizaje, pero poca evidencia disponible específicamente sobre su uso en el SU. De todas maneras, se recomienda que todo adulto mayor visto en el SU reciba una evaluación del status mental como estándar de manejo, y para ello se recomienda el uso de instrumentos de tamizaje validados (*Delirium Triage Screen* y *bCAM*) (49).

Respecto al manejo del delirium, lo más importante es identificar y tratar la o las causas que lo gatillaron, junto con el abordaje de los factores predisponentes. Por otro lado, se deben realizar acciones que pueden ir desde lo no farmacológico (modificaciones ambientales) hasta lo farmacológico. La evidencia actual muestra que los antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, olanzapina) y el haloperidol son equivalentes entre sí en efectividad y superiores a las benzodiazepinas (50). Se recomienda su uso en pacientes con delirium hiperactivo, alucinaciones, riesgo de auto o heteroagresión, usando la mínima dosis necesaria. En el delirium hipoactivo, la evidencia disponible es insuficiente para una recomendación (51).

3. Agitación psicomotora

La agitación psicomotora es un síndrome clínico frecuente y relevante en psiquiatría, no sólo en el contexto del SU sino también en pacientes atendidos en otros contextos, tanto hospitalizados como ambulatorios. El DSM-5 define agitación como una actividad motora excesiva asociada a una sensación de tensión interna. La progresión de la severidad de una agitación puede llegar a comportamientos agresivos y violentos (52).

La agitación se puede dar en el contexto de varios cuadros psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad (principalmente antisocial y límite), trastornos de ansiedad y depresión mayor. También puede ser la manifestación principal de uso de sustancias, ya sea por intoxicación o por abstinencia. Pero adicionalmente, puede ser el resultado de condiciones orgánicas, incluyendo traumatismos encéfalo-cra-neanos y diversas enfermedades del sistema nervioso central (enfermedad de Parkinson, Alzheimer, otros tipos de demencia, encefalitis y meningitis), así como una amplia variedad de enfermedades médicas (por ejemplo, tirotoxicosis e hipoglicemia) (53).

Una pronta evaluación de los factores causales y un manejo inmediato son esenciales, ya que esto puede permitir recuperar el control sobre un comportamiento potencialmente peligroso que puede progresar hacia la violencia. De hecho, un manejo inefectivo de la agitación puede resultar en el uso innecesario de medidas coercitivas (medicación involuntaria, contención mecánica), en escalamiento a la violencia, resultados adversos para miembros

del equipo terapéutico y para los pacientes, y costos económicos adicionales. (54). Por todas estas razones, la agitación es un objetivo terapéutico en sí mismo, particularmente en el servicio de urgencias. La Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP) desarrolló un consenso de expertos sobre las recomendaciones en caso de agitación, que se resumen a continuación.

Cuando no se pueda realizar el diagnóstico específico del origen de la agitación, se debe considerar que proviene de una condición médica /orgánica hasta descartarse. La evaluación médica de rutina en un paciente agitado debe incluir signos vitales, medición digital de la glicemia, saturometría de oxígeno, y un test toxicológico (53).

La aproximación inicial debe comenzar siempre con la desescalación verbal, modificaciones ambientales y otras estrategias que se enfoquen en lograr la colaboración del paciente. Esto es particularmente válido para los casos de agitación de intensidad leve a moderada. La contención mecánica debe ser usada sólo como un último recurso cuando es el único medio disponible para prevenir un daño inminente. En este caso, se debe monitorear los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante las cuatro horas siguientes y la contención mecánica debe ser retirada tan pronto como el paciente sea reevaluado como ya no peligroso para sí mismo y/o para otros (53).

Respecto al manejo farmacológico, se debe buscar calmar al paciente sin producir sedación excesiva. Las medicaciones orales, incluyendo las tabletas de disolución bucal (p. ej., olanzapina), se deben preferir a aquellas de vía intramuscular en los pacientes con agitación leve a moderada. En estos casos también se puede considerar el uso de antipsicóticos de formulación inhalatoria (por ejemplo, loxapina), especialmente cuando se requiere un inicio de acción rápido. En caso de agitación severa, se prefiere medica-

ción intramuscular (por ejemplo, haloperidol y lorazepam), considerando tanto el inicio rápido de acción como la confiabilidad de la administración (53).

De acuerdo al consenso norteamericano para manejo de agitación en urgencias (55), el manejo farmacológico de la agitación debe estar basado en la evaluación de la causa más probable. Si se trata de una intoxicación por estimulantes, o de una abstinencia a benzodiazepinas o alcohol, se preferirán benzodiazepinas. En cambio, si se trata de una intoxicación por benzodiazepinas o alcohol, se preferirán antipsicóticos y se evitarán las benzodiazepinas, al igual que en el caso de sospecha de otros cuadros de origen exógeno que se asocian a delirium. En caso de sospecha de un cuadro de origen endógeno, particularmente en pacientes con historia psiquiátrica conocida, se preferirán los antipsicóticos, especialmente de segunda generación, pudiendo asociar benzodiazepinas en caso necesario.

CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre urgencias psiquiátricas es necesario tanto para los psiquiatras como para médicos generales, urgenciólogos y otros especialistas, ya que se pueden presentar en diversos espacios clínicos, incluyendo el hospital general. Es importante poder orientar la evaluación hacia un diagnóstico sindromático que permita distinguir lo endógeno, lo psicógeno y lo exógeno, para tomar las medidas de manejo más apropiadas.

Adicionalmente, se debe tener claro el abordaje apropiado de un paciente con ideación suicida (o con un intento suicida reciente), de un paciente agitado o de un caso de delirium, ya que la atención de urgencias en estos casos muchas veces ofrece una ventana única para intervenciones que pueden tener un impacto significativo en la evolución y el pronóstico.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar E, Cruz C. *Urgencias Psiquiátricas*. 2ª Edición. Editorial Mediterráneo, 2011. ISBN: 978-956-220-326-5
2. Saravane D, Feve B, Frances Y, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009; 35:330-339.
3. Quandt F, Wendel S, Degirmenci U. The patient in the psychiatric emergency ambulance: diagnoses, reasons and comparison of layperson vs. physician viewpoints. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2011; 79: 221-225.
4. Wheat S, Dschida D, Talen M. Psychiatric emergencies. *Prim Care Clin Office Pract.* 2016; 43:341-354
5. Cavanaugh SV. Psychiatric emergencies. *Med Clin North Am* 1986; 70(5):1185-202
6. Mavrogiorgou P1, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int.* 2011; 108(13):222-30.
7. Testa A., Giannuzzi R, Sollazzo F. Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders causing organic symptoms. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 2013;17(Suppl 1):55-64.
8. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. *Eur J Emerg Med* 2008; 15:276-278.
9. Hepp U. Psychiatric emergencies in the outpatient setting. *Praxis (Bern 1994).* 2014;103(9):503-10.
10. Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Dain S. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric disorders coexisting with organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17 Suppl 1:65-85.

11. Testa A, Giannuzzi R, Daini S, Bernardini L, Petrongolo L, Gentiloni Silveri N. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17 Suppl 1:86-99.
12. Kapfhammer HP. The relationship between depression, anxiety and heart disease - a psychosomatic challenge. *Psychiatr Danub* 2011; 23:412-424.
13. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68:403-414.
14. Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Negl* 2005;29:931-941.
15. Milner KK, Florence T, Glick RL. Mood and anxiety syndromes in emergency psychiatry. *Psychiatr Clin NorthAm* 1999; 22:755-777.
16. Talbot-Stern JK, Green T, Royle J. Psychiatric manifestations of systemic illness. *Emerg Med Clin N Am* 2000; 18: 199-209.
17. Arciniegas DB. Addressing neuropsychiatric disturbances during rehabilitation after traumatic brain injury: current and future methods. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 325-345.
18. Correa DD. Neurocognitive function in brain tumors. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2010;10: 232-239.
19. Pedrosa DJ, Geyer C, Klosterkötter J, Fink GR, Burghaus L. Anti-NMDA receptor encephalitis: a neurological and psychiatric emergency. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80: 29-35.
20. Dew MA, Dimartini AF, Devito Dabbs AJ et al. Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Mar-Apr;34(2):127-38.
21. Poole L, Dickens C, Steptoe A. The puzzle of depression and acute coronary syndrome: reviewing the role of acute inflammation. *J Psychosom Res* 2011; 71: 61-68.
22. Dantzer R, Kelley KW. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 153-160.
23. Ferrando SJ, Freyberg Z. Treatment of depression in HIV positive individuals: a critical review. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20: 61-71.
24. Kayser MS, Kohler CG, Dalmay J. Psychiatric manifestations of paraneoplastic disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1039-1050.
25. Alink J, De Vries TW. Unexplained seizures, confusion or hallucinations: think Hashimoto encephalopathy. *Acta Paediatr* 2008; 97: 451-453.
26. Tonner DR, Schlechte JA. Neurologic complications of thyroid and parathyroid disease. *Med Clin North Am* 1993; 77: 251-263.
27. Benton D. Dehydration Influences Mood and Cognition: A Plausible Hypothesis? *Nutrients* 2011; 3: 555-573.
28. Kaplan BJ, Crawford SG, Field CJ, Simpson JS. Vitamins, minerals, and mood. *Psychol Bull* 2007; 133: 747-760.
29. Fiorentini A, Volonteri LS, Dragogna F et al. Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4: 228-240.
30. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci* 2011; 108: 15037-15042.
31. Palijan TZ, Muzini L, Radeljak S. Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. *Psychiatr Danub* 2009; 21: 429-436.
32. Miedinger D, Lavoie KL, L'Archeveque J, Ghezzi H, Malo JL. Identification of clinically significant psychological distress and psychiatric morbidity by examining quality of life in subjects with occupational asthma. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 76.
33. Durazzo M, Spandre M, Belci P, Paschetta E, Premoli A, Bo S. Issues of internal medicine in psychiatric patients. *Minerva Med* 2010; 101: 329-352.
34. Mihanovi M, Bodor D, Kezi S, Restek-Petrovi B, Sili A. Differential diagnosis of psychotropic side effects and symptoms and signs of psychiatric disorders. *Psychiatria Danub* 2009; 21: 570-574.
35. Wu CS, Wang SC, Cheng YC, Gau SS. Association of cerebrovascular events with antidepressant use: a case-crossover study. *Am J Psychiatry* 2011; 168:511-521.
36. Perry PJ, Wilborn CA. Serotonin syndrome vs neuroleptic malignant syndrome: A contrast of causes, diagnoses, and management. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 155-162.
37. Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health Soc Care Community* 2016; 24(3):260-9
38. Weber A, Thompson A, Fiedrowicz J. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin N Am* 2017; 101:553-71.
39. Wang Y, Bhaskaran J, Sareen J, et al. Predictors of future suicide attempts among individuals referred to psychiatric services in the emergency department: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis* 2015;203(7):507-13.
40. Baca-Garcia E, Perez-Rodríguez MM, Oquendo MA, et al. Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *J Affect Disord* 2011;134(1-3):327-32.
41. Ashrafjoun L, Pigeon WR, Conner KR, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. *J Affect Disord* 2016; 189:344-50.
42. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014;44(2):279-89.
43. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, et al. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1094-8.
44. Castro E, Couto T, Bramcaglioni MY et al. Suicidality among pregnant women in Brazil, prevalence and risk factors. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(2):343-8.
45. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol* 2006;62(2):185-200.
46. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Rev. Med. Clin. Condes* 2017;28(2):301-310.
47. Han, Jin H et al. Altered mental status in older patients in the Emergency Department. *Clinics in Geriatric Medicine* 2013;29(1):101-136.
48. Han, Jin H et al. Delirium in the Emergency Department: An Independent Predictor of Death Within 6 Months. *Annals of Emergency Medicine* 2010;56(3):244-252.
49. La Mantia, Michael A. et al. Screening for Delirium in the Emergency Department: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine* 2014;63(5):551-560.
50. Loneragan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2):CD005594.
51. Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O' Mahony R, Guideline development G. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 341:c3704.
52. Zeller SL. 2010. Treatment of psychiatric patients in emergency settings. *Prim Psychiatr*. 17:35-41.
53. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psych* 2016; 17(2):86-128.
54. Hankin C, Bronstone A, Koran L. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden and treatment. *J Psychiatr* 2011; 17:170-185.
55. Wilson M, Pepper D, Currier G, Holloman G, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):26-34.

PACIENTES POLICONULTANTES EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA: TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN Y TRASTORNO FACTICIO POR OTROS (SINDROME DE MÜNCHAUSEN BY PROXY)

POLY-CONSULTANT PATIENTS IN THE PEDIATRIC SERVICES: SOMATIZATION DISORDER AND FACTITIOUS DISORDER BY OTHERS (MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY)

DR. RICARDO GARCÍA (1) (2), DRA. PAULINA CASTRO (1) (3)

(1) Depto. Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Profesor Asociado Universidad de Chile.

(3) Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Email: rgarcia@clc.cl

RESUMEN

El presente artículo se refiere a los niños y adolescentes que son llevados a policonsultar a los servicios de salud o pediátricos por sus padres o cuidadores. Se revisa la literatura con respecto a este grupo de consultantes, que genera un importante consumo de recursos. Esto producirá una sobrecarga asistencial que afecta negativamente tanto al servicio de salud como al paciente al exponerse a evaluaciones por diversos profesionales, a repetición de exámenes, seguimientos, que lleva al compromiso de su calidad de vida y tiene relación con la salud mental propia y de sus cuidadores. Se revisan dos grupos de pacientes: con trastornos de somatización y con trastornos facticios producidos por otros (Síndrome de Münchausen by proxy o por poder).

Se destaca la necesidad de evaluación integral multidisciplinaria, integrando a un psiquiatra de niños y adolescentes de enlace, que permita intervenciones clínicas preventivas que incluya la familia, pesquisa temprana de los trastornos mencionados y estrategias de intervención que permitan la protección, bienestar del niño, el adolescente y su familia, evitando la transmisión intergeneracional de estos trastornos.

Palabras clave: Consultas frecuentes en niños, síntomas somáticos funcionales, niños, adolescentes, uso sistema de salud, síndrome de Münchausen, trastornos facticios producidos por otros.

SUMMARY

This article refers to children and adolescents who are taken to polyconsult the health or pediatric services by their parents or caregivers. A review is made of the literature regarding this group of consultants, which generates a significant consumption of resources and an overload of health-care that negatively affects both the health service and the patient when exposed to evaluations by various professionals, repetition of biological exams, follow-ups, which jeopardize their quality of life and is related to their own mental health and their caregivers. Two groups of patients are reviewed: with somatization disorders and with factitious disorders produced by others (Münchausen Syndrome by proxy).

It highlights the need for a multidisciplinary integral evaluation, integrating a children and adolescents liaison psychiatrist, who allows preventive clinical interventions that include the family, early research of the mentioned disorders and intervention strategies that allow the protection and welfare of the child, the adolescent and his family, avoiding the intergenerational transmission of these disorders

Key words: Frequent attendance in children, functional somatic symptoms, child, chronic disease, adolescent, health care use, Münchausen syndrome, factitious disorder imposed on another.

INTRODUCCIÓN

La consulta en forma repetida a consultas pediátricas o a los servicios de urgencia u hospitalización de niños y adolescentes nos plantea un dilema de diagnóstico y tratamiento al estar fuertemente ligados a factores emocionales y vinculares. Consumen muchos recursos en los sistemas de salud y somete al paciente a muchas consultas y procedimientos que pueden afectar aspectos de su salud mental. Requieren, por lo tanto, de un diagnóstico integral, participando profesionales de enlace con salud mental, que permitan visualizar situaciones que pueden estar predisponiendo o manteniendo la enfermedad. El presente artículo revisará aspectos relevantes contribuir al trabajo clínico pediátrico preventivo y de tratamiento.

Una parte de este grupo de consultantes lo constituyen los niños y adolescentes con trastornos de somatización. Los estudios de prevalencia en niños con trastornos somáticos son escasos, pero, los que existen indican que son comunes entre los niños, constituyendo alrededor del 10 a 15 % de la consultas en servicios médicos (1). A pesar que los estudios indican que muchos padres enfrentan los síntomas somáticos de sus hijos sin acudir a servicios médicos, los padres que consultan han aumentado considerablemente en los últimos años (2).

En Chile los estudios de prevalencia de adultos consultantes en la atención primaria alcanza un 17.7% (3). Esto tiene importancia en la población infanto-juvenil, pues hay una relación entre el trastorno padecido por los padres y la mayor posibilidad que sus propios hijos desarrollen este trastorno comparados con la población general (1). Intervienen muchos factores de riesgo personales y familiares, los cuales se pueden pesquisar y realizar intervenciones preventivas tempranas, evitando la interferencia en el desarrollo psicoemocional en la evolución de las enfermedades y la transmisión intergeneracional de patrones de relaciones.

En términos de salud pública, los pacientes poli-consultantes en adultos llegan a consumir aproximadamente un tercio de los gastos en salud, un 30% del total de pacientes adultos consume un 80% de las consultas de los centros de salud (3) siendo un factor a tomar en cuenta en las intervenciones que se realizan con este grupo de pacientes por parte del equipo de salud.

Otro grupo de pacientes pediátricos o de adolescentes poli-consultantes, son los pacientes diagnosticados como trastorno facticio aplicado a otro, denominados también como Síndrome de Münchhausen *by proxi* (por poder), refiriéndose a falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado, por parte del cuidador (a), presentando al niño como enfermo, incapacitado o lesionado.

Este trastorno es de baja frecuencia, pero una forma de maltrato grave que puede ocasionar daños físicos y mentales severos, por lo que es necesario tenerlo en cuenta en el grupo de pacientes poli-consultantes de los cuales la evolución no es comprensible ni hay una respuesta terapéutica habitual.

Se ha destacado en la literatura revisada que estos grupos de pacientes, aunque son pocos en cuanto a frecuencia, genera un importante consumo de recursos (4) y una sobrecarga asistencial que afecta negativamente tanto al servicio de salud como al paciente, al exponerse a evaluación por diversos profesionales, a repetición de exámenes o un peor seguimiento (5-9).

En el presente artículo se revisará la bibliografía sobre pacientes poli-consultantes somatomorfos y pacientes poli-consultantes relacionados con el síndrome Münchhausen *by Proxi* o por poder

PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN

Los trastornos de somatización son definidos de acuerdo al Manual de Clasificaciones Americano DSM-5 (10) bajo el capítulo de trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, considerando dos tipos de trastornos: Trastorno de síntomas somáticos (300.82) y Trastornos de ansiedad por enfermedad (300.7).

De acuerdo a esta clasificación estos trastornos se definen según los siguientes indicadores:

Trastornos de síntomas somáticos (300.82)

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Trastorno de ansiedad por enfermedad (300.7) (F45.21)

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo

elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (por ejemplo, evita las visitas al clínico y al hospital).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

En general las clasificaciones psiquiátricas generales, no tienen una consideración evolutiva ni relacional suficiente, por lo tanto, no consideran el cuadro complejo del trastorno con síntomas somatomorfos según el desarrollo del niño o adolescente y la relación con sus padres o cuidadores.

Los trastornos somatomorfos, fueron introducidos en el DSM III y han sido un tema de constante debate especialmente en psiquiatría de adultos. Con respecto a niños y adolescentes, Schulte y Peterman (11) refieren que tampoco los criterios del DSM IV recoge el cuadro complejo de los niños y adolescentes que sufren el trastorno. La misma línea sigue el DSM 5 (10).

La principal crítica, especialmente en los niños más pequeños, es que no se puede analizar este problema aparte de las creencias y funcionamiento psicosocial de sus padres. Existe mucha evidencia que las conductas y salud mental de sus padres o cuidadores primarios y familiares cercanos juegan un rol muy importante en la etiopatogenia de la somatización y trastornos somatomorfos (12).

Los padres y sus niños comparten básicamente el patrón genético, el mismo entorno, relaciones familiares, nivel socioeconómico. Ellos pueden compartir y aumentar la susceptibilidad de vivenciar algunos síntomas físicos y la forma de responder en forma similar frente al estrés y dolor físico. Además los niños dependen de sus padres para acceder a la consulta o a los sistemas de salud (13).

Factores relacionados con los trastornos de somatización en niños y adolescentes

Existe evidencia creciente que la conducta y salud mental de los padres y cuidadores y familiares cercanos juegan un rol

crucial en la etiopatogenia de somatización y trastornos somatomorfos.

Patrones de consulta tempranos

Diferentes investigaciones han establecido, que los patrones de consulta a los servicios de salud pueden ser establecidos desde etapas tempranas de los niños (14) por lo que los estudios se han dirigido a conocer los determinantes de la búsqueda de ayuda médica para los niños con somatización para prevenir tratamientos y hospitalizaciones innecesarias. En general otros factores que no sean el estado de salud del niño se ha estudiado que influyen en el uso de los sistemas de salud como el nivel socioeconómico, sexo, etnicidad, salud mental de los padres y el uso de los sistemas de salud (15).

Estudios longitudinales han mostrado una fuerte predicción entre el uso de cuidados de la salud temprana y el uso futuro de estos recursos de salud (16).

Existen pocos estudios que estén dirigidos al uso de servicios médicos en los niños con trastornos de somatización. Un estudio interesante realizado por la Dra. Ulrikka y cols. en Dinamarca en el año 2013 (1) investigó la frecuencia de los factores relacionados a la consulta médica por síntomas funcionales somáticos en niños entre 5 y 7 años. Encontró en su muestra compuesta por 1327 niños entre 5 y 7 años, que un 31.3% había consultado por síntomas funcionales somáticos. Comunicó en su estudio tres grandes conclusiones: Primero, los patrones de consulta podrían tener una influencia cultural; segundo, las características de los síntomas funcionales somáticos tenían una presentación multi sintomática, los síntomas tenían un impacto en diferentes aspectos de la vida de los niños: estrés infantil, ausentismo en enseñanza pre escolar y escolar, y una sobrecarga emocional en la familia con un grado de gravedad de leve a severo. En la medida que la severidad de los síntomas era mayor, también la discapacidad y el mayor uso de los servicios médicos (este estudio es similar a los realizados en pacientes con trastornos de somatización en adultos); tercero, el alto número de consultas en edades tempranas, predice la consulta por síntomas somáticos funcionales a la edad de 5 a 7 años aún después de ajuste de otras variables como comorbilidad física y género.

La variable psicopatología de los padres no se pudo estudiar específicamente en este estudio, pero otros estudios si lo asocian (17). Lo que encontraron fueron preocupaciones significativas de estos padres por los síntomas somáticos del hijo y percepciones parentales en que la situación de salud de su hijo no era buena, esto asociado fuertemente a que eran poli-consultantes.

Este estudio ayuda a comprender la destacada influencia de los patrones de consulta temprana y la influencia de la percepción

parental de la salud de sus niños y el impacto relacionado en los padres de niños con problema de somatización, en el uso de los recursos de los sistema de salud y advierten lo necesidad de abordar el uso de estos por parte de los niños con trastorno de somatización y sus padres. Este estudio enfatiza que los factores de riesgo que influirían en el trastorno de somatización en los niños serían: el patrón elevado de uso de los cuidados de salud por síntomas funcionales muy tempranos y las altas preocupaciones parentales (1).

Factores de Riesgo

Schulte y Peterman realizaron una revisión de la literatura en el año 2011, (18) en relación a los factores familiares de riesgo para el desarrollo de síntomas y trastornos somatomorfos en niños y adolescentes. Identificaron los siguientes factores de riesgo:

- Somatización de los padres.
- Enfermedades orgánicas en familiares significativos.
- Psicopatología en miembros familiares cercanos.
- Clima familiar disfuncional.
- Experiencias traumáticas en la infancia y vinculación insegura.

La mayoría de estos factores de riesgo están asociados con muchos otros trastornos psiquiátricos y por lo tanto, la mayoría no son específicos.

Se han realizado estudios *Bottom-Up*, (estudios de abajo arriba) de padres de niños que sufren de síntomas o trastornos somatomorfos, estos padres presentan problemas psicosociales, trastornos psiquiátricos, así como síntomas somatomorfos y/o enfermedades somáticas. La mayoría de estos estudios, son de padres de niños con dolores abdominales recurrentes, no se han estudiado suficientemente padres de niños con otros problemas somatomorfos.

Los estudios de Robinson (19) con padres de este tipo de niños, encontró significativas cifras de separación y depresión post parto, comparados con tres grupos controles. Otro estudio de Garber encontró en una muestra de 13 niños con controles, cifras significativamente más altas de ansiedad y depresión comparados con tres grupos controles de niños sanos y niños con dolor abdominal orgánico. El grado de distress de las madres del grupo con dolor abdominal funcional sólo eran comparables con madres del grupo niños con trastornos psiquiátricos (20).

Estudios de Campo también encontraron una asociación significativa entre dolores abdominales funcionales y ansiedad materna, y entre dolores abdominales funcionales y depresión materna. En este estudio encontraron un 39.3% de trastorno generalizado de ansiedad entre las madres de niños

con dolores abdominales funcionales comparado con 5.7% en la población general. 47% de las madres con niños dolores abdominales funcionales presentaban un trastorno depresivo mayor comparados con 16.6 % de la población general (21). Otro grupo de estudios han encontrado relación en los padres de niños que sufren dolores abdominales frecuentes, con el propio padecimiento de sufrir ellos síntomas o trastornos somatomorfos, así como enfermedades somáticas comparados con controles (22).

Se ha encontrado en los padres altas frecuencias de creencias hipocondriacas, migraña. Antecedentes en las madres de reporte frecuente en forma significativa de enfermedades durante el embarazo, síndrome de colon irritable, síndrome de fatiga crónica y trastornos somatomorfos. Además el reporte de su propia salud mental y calidad de vida era más pobre que sus controles (18).

El Estudio Longitudinal Avon de Padres y Niños (ALSPAC), también conocido como Niños de los años 90, es un estudio de la Universidad de Bristol, de cohorte de nacimiento líder en el mundo. En el estudio de niños hasta los 7 años establece que la ansiedad parental en el primer año de vida es una factor de riesgo para desarrollar dolores abdominales funcionales en la época escolar (DAF) (23). Este estudio es el único que por su diseño longitudinal puede establecer factor de riesgo posible. Todos los otros estudios descritos constituyen posibles factores de riesgo asociados. Sin embargo, la revisión sistemática de las investigaciones relacionadas, apoyan la impresión de una transmisión intergeneracional de los síntomas y trastornos somatomorfos.

En suma, los estudios *Bottom up* apoyan la hipótesis de una transmisión intergeneracional de la conducta de somatización, en que los padres de niños con DA tienen más posibilidades de sufrir ellos mismos trastornos de somatización, sin embargo no se puede explicar esta situación como causa efecto.

Los estudios *TOP-Down* (Estudios de arriba-abajo) se refieren a la relación entre factores familiares, parentales psicopatológicos y trastorno somatomorfos en la manera *top down* en el hijo.

Investigaciones que estudiaron hijos de madres con trastornos somatomorfos crónicos comparados con madres con enfermedades crónicas y con madres que nunca habían tenido enfermedades crónicas (24), encontraron que los hijos de madres con trastorno somatomorfos se quejaban más significativamente de síntomas somatomorfos. Un 30% informaron dolores de cabeza, de abdomen en los últimos meses comparados con 4% de madres con enfermedades orgánicas y ninguno del grupo de madres sanas. Además reportaban un 60% de problemas emocionales

conductuales comparados, comparados con 31% de las madres con enfermedades orgánicas y 23% de madres sanas. Se han encontrado que la edad de los niños aumenta las quejas somáticas al estar expuestos a las quejas somáticas de la madre.

En suma, se ha observado que los hijos de padres con trastornos somatomorfos están más propensos a sufrir problemas de salud mental y trastornos somatomorfos (18).

Estudios Retrospectivos

Existen estudios retrospectivos de pacientes adultos que han sufrido trastornos somatomorfos en su infancia, siendo estos otra manera de estudiar la naturaleza de transmisión intergeneracional de los síntomas o trastornos somatomorfos.

Reportan en forma significativa mayor exposición a condiciones negativas en la infancia, con enfermedades crónicas, cuidado selectivo de los padres, enfermedad de un familiar cercano y trauma (24).

Otras investigaciones han encontrado antecedentes de diferentes tipos de trauma como abuso físico, o ser testigo de diferentes formas de violencia comparado con controles. También han encontrado experiencias abusivas verbales o psicológicas tales como insultos, gritos permanentes, criticismo severo por largos periodos; en ambientes familiares disfuncionales con altos grados de conflicto y bajos niveles de cohesión familiar. (25).

En un estudio de Spitzer et al (26) comparando las experiencias de adversidades en la infancia en un grupo de adultos con trastorno somatomorfo y otro con trastorno depresivo, encontró que los que presentaban trastorno somatomorfo, presentaban significativamente más antecedentes de abuso sexual y físico. No había diferencias en otras variables como negligencia, abuso emocional, separación temprana de los padres o disfunción parental.

En suma los estudios retrospectivos a pesar que pueden estar interferidos por sesgo de memoria, indican que durante la infancia de los adultos con trastorno somatomorfo presentaron más adversidades ambientales, situaciones traumáticas y exposición a enfermedades físicas o mentales (18).

Vínculo, Clima Familiar e Interacciones paterno-filiales

Se ha especulado que los pacientes que presentan somatizaciones presentan un tipo de vínculo inseguro y que ellos exhiben síntomas físicos en la adultez para activar la atención de otros para con ellos. Además las personas con vínculo ambivalente utilizarían más frecuentemente los servicios de salud. Uno de los pocos estudios relacionados con vínculo y trastornos somatomorfos, incluyendo trastornos conversivos, encontró 43% de ellos mostraba estrategias de vínculo ambivalente (27).

Con respecto al clima familiar, se han descrito interacciones familiares disfuncionales y clima familiar negativo, madres más agresivas y enojonas comparadas con grupos controles (28). Ellas criticaban más a menudo a sus hijos y al mismo tiempo reaccionaban de una manera sobreprotectora a las necesidades de sus hijos. Se describía una disfunción en la comunicación entre los miembros de la familia, de la afectividad recíproca y de estrategias de resolución de problemas entre otros.

Existe suficiente evidencia que los niños con trastornos somatomorfos presentan un vínculo inseguro. Estos estudios están en relación con los estudios que indican que estos niños vienen de familias con interacciones disfuncionales y clima familiar negativo. Los estudios de Craig y Bials y Craig muestran que las madres con trastornos somatomorfos y sus niños interactúan en forma diferente a otras diadas (29,30)

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN BY PROXI, O POR PODER. TRASTORNO FACTICIO APLICADO A OTRO

Esta enfermedad fue descrita en 1951 por el Dr. Richard Asher (31) en pacientes que relataban historias de síntomas que tenían, en forma engañosa y que generaban múltiples consultas y procedimientos diagnósticos en diferentes lugares (32). Este síndrome lleva este nombre por la historia de Karl Friedrich Hieronymus, Barón de Münchhausen (1720-1797) llamado también el "Barón mentiroso" por sus relatos poco creíbles sobre sus aventuras en la guerra (33) de allí se asimiló a pacientes que cuentan historias inventadas de enfermedades captando la atención de médicos mediante artificios y engaños.

Una forma derivada de este trastorno, es el Síndrome de Münchhausen *by proxy* o "por poder" aludiendo a la intervención de un otro. Aquí se induce la simulación o creación de una enfermedad física o psicológica a un tercero que es generalmente un hijo o hija, quien es objeto de múltiples consultas o tratamientos, significando una forma de maltrato físico o emocional que puede tener consecuencias graves y en casos extremos la muerte.

Este trastorno puede durar años, dada la actitud "sobre preocupada" de la madre, la relación manipuladora que tiene con el equipo de salud y la baja sospecha de estos equipos en estos cuadros abigarrados, manteniéndose sin diagnóstico y tratamiento efectivo.

La clasificación del DSM 5 (10) incorpora al Síndrome de Münchhausen como Trastorno Facticio aplicado a uno mismo y el Síndrome de Münchhausen *by Proxy* o por poder, como Trastorno Facticio aplicado a otro.

Los indicadores clínicos de estos trastornos son:

TRASTORNO FACTICIO APLICADO A OTRO

A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.

B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.

C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.

D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Especificar si:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión).

Este es un trastorno mental en que un adulto, generalmente la madre quien trata de obtener atención médica usando otra persona, su propio hijo es usado como sustituto (34).

Actualmente se considera una forma de maltrato infantil que, a pesar de que es de rara frecuencia es extremadamente grave, por lo que hay que tenerlo en cuenta (35), más aún en la medida que la atención pediátrica en la sociedad moderna se enfrenta a otro perfil de enfermedades, en las que destacan las enfermedades crónicas y las de salud mental.

Este es un trastorno que puede poner en riesgo la salud mental y la vida de un niño; el equipo pediátrico tiene que tenerlo en mente en los casos terapéuticos de difícil y compleja resolución, que generan demanda de muchas consultas y procedimientos diagnósticos.

Epidemiología

Es un trastorno grave y su incidencia y prevalencia no está firmemente establecida.

Estudios realizados en Estados Unidos en cortos periodos de tiempo muestran incidencias de 2.8 a 2.9 por 100000 niños bajo la edad de 1 año y 0.5 por 100000 niños entre 1 y 16 años con una mortalidad entre 9 a 22% de los casos. En Europa muestran una mortalidad entre 6 y 10%, un 75% de los pacientes presentaban quejas relacionados con síntomas del sistema nervioso central (36). Sobre los autores de este trastorno facticio, se estima que la mayoría son mujeres, 90 a 98%, siendo las madres el 85%, otras autoras pueden ser cuidadores como nanas o personal de enfermería (37).

El tiempo promedio entre el comienzo de los síntomas hasta que se establece el diagnóstico del trastorno facticio

por poder es largo por lo difícil del diagnóstico médico y psiquiátrico. En estudios realizados por Feldman (38), es aproximadamente de 4.5 años, en estudio de Rosenberg (39), de 14.9 meses y el de Sheridan, de 21.8 meses, lo que abarca un largo periodo de vida y desarrollo emocional del niños (40).

No se ha observado diferencias por sexo de los niños involucrados en este trastorno, tampoco diferencias raciales, tampoco que sea una característica solo de los países industrializados o con un gran desarrollo de los sistemas de salud (41). La prevalencia verdadera no se conoce, dada la naturaleza oculta del trastorno por los padres o cuidadores, muchos de los casos no son reportados ni detectados, como la mayoría de los abusos infantiles (42).

La conducta abusiva generalmente comienza en edades tempranas de las víctimas de trastorno facticio por otros. Las edades de diagnóstico en los estudios reportados son entre 20 a 39.8 meses, pero también se dan en niños mayores y en adolescentes (38).

DIAGNÓSTICO CLINICO

Incluye la evaluación del niño, padres y familia, examinando los siguientes aspectos (41):

Generales

-Niño a niña que tiene uno o más problemas de salud que no responde al tratamiento o recurren, teniendo terapia adecuada a distintos hospitales, consultas y procedimientos diagnósticos.

-Niño o niña cuyos resultados de laboratorio están en discrepancia con la historia clínica y molestias de que ha referido.

-Signos y síntomas de enfermedad que desaparecen en ausencia de los padres.

-Los padres tienen muchos conocimientos médicos y de tratamientos y se interesan en todos los detalles relacionados con el diagnóstico y terapias de su hijo y de otras enfermedades médicas. A menudo están relacionados con la medicina o servicios de salud o se informan en internet o textos relacionados

-Los padres pueden tener síntomas o enfermedades similares a sus hijos.

-Las relaciones de los padres suelen ser disfuncionales, frías, tensas con conflictos o los padres están separados.

-Historias familiares de enfermedades o muertes difíciles de explicar.

-Los padres muestran una inexplicable calma acerca de la condición grave de su hijo o se muestran insatisfechos con el diagnóstico y buscan otras opiniones, realizan más exámenes, intervenciones quirúrgicas o buscan centros de salud con unidades de tratamiento más complejos (43).

Relacionados con el niño o niña

- Edad bajo los 5 años al comienzo de los síntomas. Historia de repetidas consultas médicas.
- El niño o niña describe los síntomas solamente en presencia de la madre o del cuidador.
- Síntomas múltiples y cambiantes, pero vagos y confusos. Los tratamientos habituales no son efectivos en la resolución de sus molestias.
- En la historia familiar puede haber antecedentes de muertes de hermanos poco claras o en circunstancias poco claras.
- El padre del paciente es emocionalmente distante o ausente en la vida del niño.
- Los síntomas se agravan cuando se aproxima el momento del alta.
- El niño o niña participan simbióticamente de la situación facticia.

Relacionados con la madre

- La madre da la impresión de que es muy cuidadosa y dedicada, pero constantemente está preguntando por nuevos exámenes, procedimientos, consultas a especialistas y hospitalizaciones repetidas.
- En forma paralela realiza acciones de engaño, inducción y manipulación hacia los profesionales del equipo de salud, quienes presentan dificultad para darse cuenta de estos hechos.
- La madre se siente cómoda en el ámbito médico, hace amigos entre los familiares de otros pacientes; presenta mucho conocimiento médico, más que la población general.
- Presenta argumentación personal sobre la situación médica de su hijo y describe los síntomas en lenguaje propio de textos médicos; tiene habilidad de negar o contradecir la opinión del equipo médico, volviéndose hostil o agresiva cuando su condición es expuesta develada.
- En la mayoría de los casos las madres son jóvenes entre 20 y 30 años (41,44).

Métodos utilizados

En este síndrome, los padres pueden utilizar diversos métodos o procedimientos para simular o provocar enfermedades en los hijos como contar historias falsas con respecto a los síntomas, distorsionándolos o induciéndolos en los hijos, complicando la situación diagnóstica. Pueden recurrir a diferentes métodos como:

- Alteración de muestras de laboratorio: Cambios de muestras, cambio de los remedios prescritos por el médico, alteración de las cifras del termómetro.
- Administración de sustancias o medicamentos: Laxantes,

insulina, lorazepam, amitriptilina, clonidina, sales de ipeca, cáusticos, difenhidramina.

-Lesiones: Asfixia, ingestión de cuerpos extraños, fracturas. Producción de sangramientos: hematuria, sangramiento gastrointestinal, hematomas.

-Infecciones: Inyección de orina en catéteres, contaminación con saliva, contaminación con orina o heces (45).

Procesos psicológicos relacionados

Se ha postulado que en los padres involucrados en el Síndrome de Münchhausen ocurre una simulación consciente; la producción de los síntomas es intencional, sin embargo, las personas están inconscientemente impedidas de entender los motivos que producen dichos síntomas (46).

Meadow, que ha trabajado mucho en la concepción de la psicopatología materna, entiende este síndrome como una "perversión de la parentalidad", en la cual se encuentra una falla en la capacidad de amar, proteger y dar prioridad a las demandas de los hijos por encima de las propias necesidades (47). Se ha observado una alta frecuencia de trastornos de personalidad en las madres o cuidadores y esta psicopatología puede interferir en las estrategias de tratamiento de esta forma de maltrato (36).

En general el contexto familiar es disfuncional, en las relaciones, en lo social y en lo económico; en gran parte de los casos el cónyuge se encuentra física o emocionalmente ausente con una relación conyugal insatisfactoria (48) y una red social escasa.

El niño o niña víctima de este trastorno se da cuenta que son el foco de atención y afecto de la madre si juega el rol de enfermo frente a los doctores y al equipo médico. Vive esta situación, crece y se desarrolla en esta situación facticia y puede continuar el modelo parental, haciendo lo mismo con sus propios hijos posteriormente. Se ha postulado que la obtención de satisfacción personal por la gratitud de la familia por participar falseando la enfermedad, hace que esta condición se perpetúe por varias generaciones (49).

En el trastorno facticio por poder el médico o el equipo médico pueden ser partícipes involuntarios de una situación de maltrato, condicionados por el relato o narrativa de los padres de estos niños, quienes se presentan inicialmente como amables, atentos, dedicados y cercanos con los otros pacientes y con el equipo médico. Cuando se dan cuenta del engaño se sienten frustrados, enojados por ser objeto de manipulación y haber tenido una la relación médico paciente que se quebró y culpables por haber tenido al paciente en severo riesgo (50).

Estrategias de Intervención

Como medidas de prevención el equipo médico tiene que conocer este trastorno y estar alerta cuando se observen los signos que se han descrito, haciendo una pesquisa temprana, seguida de análisis e intervenciones por un equipo multi-profesional compuesto por el médico o equipo tratante, psiquiatra, psicólogo, terapeuta familiar, en caso necesario asistente social y otros profesionales que se requieran.

Considerado este trastorno, una forma de maltrato infantil, tiene aspectos médico legales que considerar, privilegiando la protección y bienestar del niño. Demostrada la situación de maltrato, es necesario acceder a protocolos establecidos para proteger al niño y comunicar a las instancias correspondientes (51).

El tratamiento tiene que tener un enfoque sistémico, incluyendo a todos los miembros de la familia, siendo asesorados por un equipo multi profesional en el cual, de acuerdo al caso, los miembros del equipo asumirán distintos roles: médico tratante, terapeuta individual (madre, hijo), terapeuta familiar, asistente social si se requiere para hacer seguimiento y coordinación con otros servicios (educacionales, legales entre otros). Se requiere hacer un seguimiento clínico de largo tiempo, porque existe el riesgo de repetir la misma conducta en otro lugar.

En los casos severos, se requieren medidas de protección y la separación del padre o madre abusadora, asegurando la protección y el bienestar del niño o niña (52).

CONCLUSIONES

Se destaca la importancia de evaluar en forma integral a los pacientes pediátricos poli-consultantes que concurren a los servicios de atención primaria o de pediatría, por la implicancia de antecedentes de psicopatología parentales, vinculares, interferencia en el desarrollo social-emocional del paciente y también el consumo de recursos de salud.

En los pacientes con somatización se requiere analizar los patrones de consulta tempranos, las dinámicas, vínculos, psicopatologías parentales especialmente de ansiedad y somatización y la transmisión intergeneracional de la sintomatología. Especialmente importante es tener precaución con poli-consultantes pequeños, quienes junto a los factores anteriores son los que pueden desarrollar más frecuentemente este trastorno más tarde en su desarrollo y repetir el patrón intergeneracional.

El extremo más peligroso de los pacientes poli-consultantes es, sin duda, el trastorno facticio aplicado a otro, por ser una forma de maltrato infantil, siendo su diagnóstico difícil y complejo; no pesquisarlo mantiene el maltrato del hijo y puede ser potencialmente mortal. Plantea un dilema al equipo médico tratante, en términos de diagnóstico, afrontamiento, estrategias terapéuticas y medidas legales.

En todos estos casos es fundamental tener una aproximación multidisciplinaria, integrando al equipo médico o pediátrico tratante, profesionales de psiquiatría de enlace y salud mental, posibilitando una evaluación e intervenciones individuales, familiares y sociales que permitan la protección y bienestar del niño o adolescente.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ulrikka Ch, Ornbol E, Klause P. *Functional Somatic Symptoms and Consultation Patterns in 5 to 7 years old*. PEDIATRICS. 2013;132(2):459-467.
2. Virtanen J L, Berntsson LT, Lahelma E, Köler L. *Children's use of general practitioner services in the five Nordic countries*. J Epidemiol Community Health. 2006;60(2):162-167.
3. Riquelme M, Schade N. *Trastorno Somatomorfo: Resolutividad en la atención primaria*. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2013;51(4):255-262.
4. Flores Juan C, Lizama M, Rodríguez N, et al. *Modelo de atención y clasificación de "Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud - NANEAS"* Rev Chilena de Pediatría. 2016; 87(3):224-232.
5. Soliday E, Hoeksel R. *Factors related to paediatric patients emergency department utilization*. Psychology, Health & Medicine. 2001; 6(1):5-12.
6. Rinderknecht A, Ho M, Matykiewicz P, Grupp-Phelan J. *Referral to the emergency Department by a Primary Care Provider Predicts Severity of Illness*. Pediatrics. 2010;126(5):917-924.
7. Liu G, Pearl A, Kong L, Leslie D, Murray M. *A profile on Emergency Department Utilization in Adolescents And Young Adults with Autism Spectrum Disorders*. Journal of Autism & Developmental Disorders. 2017; 47(2):347-358.
8. Puka K, Smith M, Moineddin R, Snead O, Widjaja E. *The influence of socioeconomic status on health resource utilization in pediatric epilepsy in a universal health insurance system*. Epilepsia (series 4). 2016; 57(3):455-463.
9. Ross J, Roberts D, Campbell J, Solomon K, Brouhard B. *Effects of social work intervention on nonemergent pediatrics emergency department utilization*. Health & Social Work. 2004;29(4):263-273.
10. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing. 2014.
11. Schulte I E, Petermann F. *Somatoform disorders: Thirty years debate about criteria. What about children and adolescents?* J Psychosom Res. 2011;70:218-228.

12. Terre L, Ghiselli W. A developmental perspective on family risk factors in somatization. *J Psychosom*. 1997;42:197-208.
13. Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:855-87.
14. Starfield B, Van Der Berg B J, Steinwachs D M, Katz H P, Horn S D. Variation in utilization of health services by children. *Pediatrics*. 1979;63(4):633-641.
15. Woodward CA, Boyle MH, Offord DR et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics*. 1988; 82 (3):425-434.
16. Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care*. 2001;39(9):990-1001.
17. Woodward CA, Boyle MH, Offord DR et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics*. 1988;82(3):425-434.
18. Schulte I, Peterman F. Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Chil Psychiatry Hum Dev*. 2012;42:569-583.
19. Robinson JO, Alvarez JH, Dodge JA. Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *J Psychosomatic*. 1990;34:171-181.
20. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: Psychiatric diagnosis and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:648-656.
21. Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C et al. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:131-137.
22. Walker LS, Garber J, Greene. Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients; relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *J Abnorm Child Psychol*. 1991;19:379-394.
23. Ramchandani PG, Fazel M, Stein A, Hotopf M, Wiles Nj, ALSPAC Study team. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:729-73.
24. Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behavior: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med*. 2002;32:805-916.
25. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma and family functioning in patients with somatization disorders. *Am J Psychiat*. 2005;162: 899-905.
26. Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood Maltreatment in patients with somatization disorder. *A N Z J Psychiatry*. 2008;42:335-341
27. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*. 2002;64:660-667.
28. Logan DE, Scharff L. Relationships between family and parent characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndromes: an investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability. *J. Pediatr psychol Med*. 2005;34:199-209.
29. Craig TKJ, Bials I, Hodson S, Cox AD. Intergenerational Transmission of somatization behavior: Observation of joint attention and bids for attention. *Psychol Med*. 2004;34:199-209.
30. Bialas I, Craig TKJ. "Needs expressed" and "offers of care": an observational study of mothers with somatization disorder and their children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48:97-104.
31. Asher R. Münchhausen's síndrome. *Lancet*. 1951; 1: 339-341.
32. Meadow R. Münchhausen síndrome by proxy. *Archives of disease in childhood*. 1982;57(2): 92-98.
33. Gomes T, Germano ME, Kegler P, Medeiros M. *Revista de Psicologia*. 2014;32(1).
34. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Münchhausen Syndrome by Proxy. *Curr Opin Pediatr*. 2005;17(2):252-257.
35. Maida AM, Molina M E, Carrasco X. Síndrome de Münchhausen por poder: Un diagnóstico a considerar. *Revista Chilena de Pediatría*. 1999;70(3).
36. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Münchhausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1995;4(4):229-236.
37. Fraser G. A mother's investment in maintaining illness in her child: A perversion of mothering and of women's role of "caring". *Journal of Social Work Practice*. 2008;22:169-180.
38. Feldman MD, Brown RMA. Münchhausen by proxy in an International context. *Child Abuse Negl*. 2002;26(5):509-524.
39. Rosenber D A. Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11(4):547-563.
40. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Münchhausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Neglect*. 2003;27(4):431-451.
41. Pacurar D, Runcan M, Popescu A, Lesanu G, Oraseanu D. Romanian Journal of Pediatrics. 2015;64(3):42. Mc Clure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and no accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1996;75(1):57-61.
43. Kucuker H, Demir T, Oral R. Pediatric condition falsification (Münchhausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder. *Pediatr Diabetes*. 2010; 11: 572-578.
44. Maida AM, Molina ME, Erazo R. Síndrome de Münchhausen por poder, una presentación inusual. Münchhausen-by-proxy syndrome. Report of one case. *Rev. méd*. 2001;129(8).
45. Criddle L. Monster in the Closet. Münchhausen Syndrome by Proxy. *Critical Care Nurse*. 2010;30(6).
46. Del Casale A, Ferracuti S, Rapinese C, Serata D, Simonetti A et al. Factitious disorder comorbid with Bipolar I disorder. A case report. *Forensic Science International*. 2012;219:37-40.
47. Meadow R. Different interpretations of Münchhausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Neglect*. 2002;26(5):501-508.
48. Del Casale A, Ferracuti S, Rapinese C, Serata D, Simonetti A et al. Factitious disorder comorbid with Bipolar I disorder. A case report. *Forensic Science International*. 2012;219:37-40.
49. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11(4):547-563.
50. Donald T, Jureidini J. Münchhausen síndrome by proxy: child abuse in the medical system. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(7):753-758.
51. Grace E, Jagannathan N. Münchhausen síndrome by proxy- A literatura review. *Int J Biol Med Res*. 2015;6(1):4843-4845.
52. Stirling J Jr. Beyond Münchhausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007;119(5):1026-1030.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. MANEJO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN UNIDADES PEDIÁTRICAS DE ALTA COMPLEJIDAD

LIAISON PSYCHIATRY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, MANAGEMENT OF THE PATIENTS AND HIS FAMILY IN PEDIATRIC HIGH COMPLEXITY UNITS

DR. ELÍAS ARAB (1), DR. HERNÁN ÁLVAREZ (1), DRA. VIVIANA HERSKOVIC (1), DRA. MARCELA MATAMALA (1)

(1) Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: earab@clinicalascondes.cl

RESUMEN

La psiquiatría y consultoría de enlace en psiquiatría de niños y adolescentes se ha ido incorporando como un recurso de salud mental, en áreas de la medicina donde este aspecto resulta relevante, para promover o recuperar la calidad de vida de los pacientes infanto adolescentes y sus familias.

Este énfasis se ha ido poniendo en todas las unidades que así lo requieran, en especial en las unidades de cuidados intensivos, pacientes que presentan patologías de larga evolución como pueden ser las oncológicas y neurológicas entre muchas y en nuestro centro en pacientes psiquiátricos que requieren hospitalización en hospitales generales que requieren un trabajo multidisciplinario y coordinado tanto con otros profesionales médicos como personal de apoyo.

El incorporar la mirada de salud mental en estos escenarios de manera temprana logramos reducir el impacto emocional tanto de hospitalizaciones, procedimientos y estadías hospitalarias prolongadas, mejorando el bienestar de los pacientes en el corto y en el largo plazo, tanto de la patología de salud mental o psiquiátricas, como contribuyendo a mejorar el pronóstico de las enfermedades médicas.

El trabajo en colaboración con los diferentes profesionales de los hospitales generales ayuda a la humanización de la

medicina, logrando una visión integrada donde se pone como eje las necesidades de los pacientes que va más allá a la sola mejoría de su patología, sino que pensando en la mejora de la calidad de vida.

Las tareas de la psiquiatría de enlace son diversas y en diferentes niveles, por lo tanto, el psiquiatra de enlace y consultoría debe ir desarrollando cada una de ellas en forma progresiva, trabajando en los diferentes niveles en los que es requerido.

El trabajo y la consolidación ocurre con el trabajo permanente con los diferentes equipos donde se puede lograr una mejor comprensión de las necesidades tanto de los pacientes, familias y necesidades del equipo médico. La idea es generar una mayor conciencia, diagnóstico temprano con intervenciones eficientes que permitan cubrir todas las necesidades de los pacientes.

Palabras clave: Psiquiatría de niños y adolescentes, psico-oncología, psiquiatría de enlace, pacientes críticos, epilepsia, trastornos de alimentación.

SUMMARY

Children and adolescents consultation and liaison psychiatry has incorporated mental health resources from

different areas of medicine, where they are necessary to promote or recover health and quality of life in children, adolescents, and their families.

This has been emphasized in all the units that require mental health assistance, particularly in intensive care units, patients with chronic diseases, such as we can find in oncology and neurology, and in our hospital, in psychiatric patients that require hospitalization for medical reasons. All these patients require a multidisciplinary and coordinated team work.

When we use a mental health approximation early in these settings we can diminish the emotional impact of inpatient care, procedures, prolonged hospitalizations, improving the well-being of our patients in the short, medium and long term, both when facing psychiatric disorders, as well as improving the prognosis of medical conditions.

The collaborative work with the different members of the medical team in a general hospital helps humanize our patients, helping the medical team achieve a more integrated vision where the emphasis is put on the needs of our patients, and not only the treatment of their disease, but also thinking about improving their quality of life.

The tasks of liaison psychiatry are different and on various levels, and thus de psychiatrist must develop them progressively, working on the different levels as required.

The consolidation of the team comes with the permanent work over time, where the psychiatrist can communicate a better understanding of the needs of patients, their families, and the medical team themselves. The idea is to generate more awareness, to favor early interventions which are more efficient and help consider all the patients' needs.

Key words: Psychiatry in children and adolescents, psycho-oncology, liaison psychiatry, critical patients, epilepsy, eating disorders.

INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría de Consultoría y Enlace (CE) Pediátrica tiene como propósito colocar los recursos de salud mental en todas las áreas no psiquiátricas de la medicina donde este aspecto sea relevante para promover o recuperar la mejor calidad de vida de los pacientes. Por el amplio campo de desempeño y la especificidad de cada uno de los contextos de salud posibles, en la actualidad debería considerarse como una sub especialidad de la Psiquiatría Clínica y que se incorpora a los espacios médicos pluridisciplinarios que proveen cuidados de salud. Dicho de otro modo, se debería disponer de un psiquiatra de CE en cada foco de atención en salud donde estas necesidades cobren relevancia para el tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente en su vida cotidiana. Estas condiciones incluyen traumas, enfermedades complejas o prolongadas, discapacidad congénita o adquirida y

situaciones de riesgo vital, cualquiera de ellas en estado agudo o crónico. Las tareas del psiquiatra de CE son diversas y no pocas veces complejas derivado de la dualidad de funciones que debe desempeñar.

Las funciones en este rol son por un lado de consultor y enlace, y por otro de consultor y psiquiatra (1). Esta distinción no es menor, en tanto muchas dificultades pueden originarse por una perspectiva inadecuada o un contexto incorrecto. La función de consultor y enlace significa aportar una opinión experta para asesorar o apoyar el proceso terapéutico no psiquiátrico de un paciente, y que es el objetivo primario que genera la consultoría. En este contexto se incluyen acciones educativas y facilitadoras entre las necesidades y expectativas recíprocas del paciente y su familia y los miembros del equipo de salud (tratante/s). Además, resulta necesario establecer abiertamente los límites de este rol, en particular con el rol de médico tratante, quien puede o no ser el solicitante de la consultoría, siendo en tal caso indispensable pedir su consentimiento para este procedimiento y cualquier otro derivado de esta actividad clínica. También puede ser necesaria la consultoría en situaciones de estados mentales con alteración significativa del juicio de realidad o situaciones de maltrato o negligencia de los cuidadores, en las cuales se puede solicitar evaluar una retención de hospitalización o indicación forzosa de la misma fundamentadas en necesidades de salud que ponen en riesgo la vida del paciente. En el contexto de las funciones de consultor y psiquiatra, el vínculo profesional y terapéutico se establece por un lado con el paciente y por otro con el tratante y otros miembros del equipo de salud involucrados. Estos vínculos son diferentes en cuanto a los motivos y necesidades que lo definen, pudiendo no coincidir y constituirse en un problema primario por sí mismo. En este sentido también hay que considerar los intereses de otras estructuras de salud o sociales que están detrás o por encima del equipo de salud: establecimientos clínicos, administradoras de salud, sistemas jurídicos y políticas públicas de salud; los que eventualmente pueden normar los procedimientos de salud en el ámbito de sus competencias. Una función en el contexto del consultor, y que es debatida, se refiere al apoyo en la salud mental del equipo (sin incluir intervenciones individuales) enfocado en la estabilidad emocional y relacional del equipo con la validación de sus integrantes. Cabe explicitar que una consultoría no es una derivación y que el rol de consultor es uno más del equipo pluridisciplinario por lo que puede no ser conveniente que lidere este grupo. Por último, en este rol conviene recordar que "el todo no es igual a la suma de sus partes", concepto angular de la Teoría de Sistemas y que en este caso se aplica a la realidad del paciente (persona) la cual es distinta desde la perspectiva de cada prestador, siendo "todas las partes" lo que definen la situación clínica, hecho que impone generar una realidad compartida y evitar un enfoque tal vez correcto, pero en un momento incorrecto.

De manera breve se pueden distinguir las formas de implementar un rol de psiquiatra de CE en tres niveles de estructuración clínica y administrativa (modificado de Kathol RG, et al.) (2,3):

1. Servicio de Pediatría con interconsultor de Psiquiatría.
2. Servicio de Pediatría con psiquiatra de CE en modalidad periódica programada o residente (permanente).
3. A unidad de CE; administrada independiente de un Departamento de Psiquiatría.

Para resumir, estas formas clínicas, se organizan en función de dos variables: recursos profesionales y económicos por un lado y la complejidad del sistema clínico institucional disponible. El nivel más complejo y al mismo tiempo más costoso se encuentra generalmente en hospitales de alta complejidad y que tienen funciones docentes de pre y post grado en profesiones de la salud y sus especialidades. En los niveles menos complejos puede no ser realista configurar un equipo de esta naturaleza, en cambio la presencia de un psiquiatra de CE es más factible y sus modalidades pueden ser como residente permanente en una unidad no psiquiátrica o como asistencia periódica programada, que se concreta en reuniones pluridisciplinarias programadas y permanente en el tiempo para afrontar **“situaciones clínicas complejas”**. Estas complejidades vienen definidas por la evolución de la medicina (enfermedades graves, atípicas o de evolución prolongada) y por la evolución de la persona enferma. En esta última variable se puede aumentar la sensibilidad a la complejidad, existiendo entrevistas estructuradas para detectar y anticipar las necesidades de salud que cada paciente puede requerir. Con esta información se puede planificar el diseño terapéutico de manera “integral” incluyendo la diversidad de disciplinas necesaria para alcanzar la mejor calidad de vida de los pacientes y su familia. En todas las áreas posibles de desempeño hay aprendizaje y experiencia, con mucha información disponible para apoyar el desempeño en esta compleja actividad clínica.

Con todo lo anterior, en algún momento puede generarse la derivación del paciente a un contexto de salud mental, entendido como una comorbilidad del episodio clínico que originó la consultoría.

Muchas más consideraciones sobre la psiquiatría de CE pueden ser necesarias y particularmente atendiendo a los procesos locales en el desarrollo de esta actividad clínica, o su configuración en el ámbito de la salud primaria, aspectos que excederían el alcance de esta publicación. También hay que hacer este alcance respecto de las unidades clínicas descritas a continuación y que representan nuestra experiencia en el contexto hospitalario privado en el que se desempeñan los autores, ciertamente más cercano a un modelo de asistencia periódica programada. Presentaremos distintas áreas en las que nos ha tocado desempeñarnos en el contexto de Psiquiatría de CE

dentro de Clínica Las Condes, donde hemos adquirido mayor experiencia:

- Pacientes con enfermedad crónica; ejemplificado a través del paciente oncológico pediátrico.
- Pacientes críticos, pacientes con enfermedades neurológicas; ejemplificado a través de la epilepsia.
- Pacientes con patología primariamente psiquiátrica que requieren de un equipo multidisciplinario; ejemplificado a través de los trastornos de la conducta alimentaria.

PSICO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

El miedo a morir y que corresponde a un sentimiento de finitud, es una emoción que se desarrolla junto con el pensamiento más probablemente al comienzo de la edad escolar, entre los 6 a 8 años de edad y que en parte depende de la experiencia del niño en torno a este evento vital. Antes de esta edad, el niño puede expresar el miedo a sufrir y aún antes, solo la experiencia de dolor, que tempranamente es una experiencia física sensorial y que, a través del lenguaje, pasa a constituirse como una experiencia intersubjetiva explícita entre el niño y sus principales figuras de apego. Con ella va configurando su magnitud, el sentido orgánico y su significado tanto a nivel personal como contextual, proceso en el que también influye el personal de salud en sus respectivos roles. El camino que recorreremos para enfrentar las experiencias de dolor y finitud no es corto y necesita buenos maestros, especialmente cuando las tareas del desarrollo se colocan difíciles o surgen obstáculos que amenazan con impedir lograrlas.

Dicho lo anterior, la psico-oncología pediátrica se establece en uno de los peores escenarios del desarrollo, definido por la experiencia de finitud en una etapa del ciclo vital donde no se espera que esto ocurra. Esta experiencia será compartida con sus padres, hermanos y figuras cercanas, incluyendo al personal de salud, generando un costo emocional y físico que se traducirá en diversas formas de conductas de afrontamiento en todos los afectados y que definirán la situación clínica más allá del diagnóstico, pronóstico y tratamiento particular, un escenario previsiblemente complejo solo por la magnitud del estrés enfrentado. Un escenario así, al menos requiere monitorear las variables que condicionan la salud mental de los participantes y la investigación demuestra tasas de comorbilidad psiquiátrica en cifras que bordean la mitad de los casos y provoca síntomas emocionales y conductuales hasta en dos tercios de los mismos. Lo anterior sin considerar los efectos en los demás involucrados tanto entre las figuras significativas del entorno familiar como en el personal de salud. Esta situación clínica, a modo de una caja de resonancia, modulará la respuesta de afrontamiento, tanto en sus aspectos emocionales como conductuales, influyendo en el nivel de adaptabilidad alcanzado y en la calidad de vida resultante. En términos simples, cada actor puede aportar

para enfrentar este estrés de manera más organizada y contenida o de manera más caótica y desbordada, marcando la diferencia en la calidad de vida resultante.

Tempranamente en el desarrollo las estrategias de contención serán predominantemente sensoriales a través del contacto físico y emocional (hasta los 18 meses de edad aproximadamente), para luego entrar en un período en que se agrega el lenguaje verbal, con el cual ayudaremos al niño a colocarle palabras a su dolor y configurar una experiencia de sufrimiento explícitamente intersubjetiva. Con una narrativa propia que fomenta la extroversión de un mundo interno amenazado, estimulando al mismo tiempo las competencias y el control sobre algunos eventos que puede afrontar por sí mismo (autonomía y dominio en el contexto de enfermedad). En la edad escolar podemos esperar tener un “paciente”, bien informado y capaz de entender los fenómenos orgánicos que le toca vivir en sus formas más concretas. Este nivel de conocimientos influirá notablemente en el nivel de adherencia al tratamiento. En la construcción del significado de esta amenaza vital es muy importante incentivar la expresión de sentimientos negativos que son la mayor fuente de sufrimiento para el niño y se relacionan con sentimientos de culpa en torno a la enfermedad o el desempeño personal respecto a las propias expectativas o la de sus padres. Una consideración relevante merece el contexto espiritual del paciente y su familia, que pueden proveer una enorme fuente de esperanza y tranquilidad. En estas situaciones todo tipo de apoyo psicosocial puede ser bienvenido si se articula correctamente y es congruente con la mejor información o evidencia clínica disponible (por ejemplo, grupos de autoayuda, redes sociales involucradas, entre otros) Además, se suman las acciones propias de salud mental con eventuales intervenciones psiquiátricas, psicoterapéuticas y psicoeducativas, que se extienden al personal de salud del equipo terapéutico desde el nivel de colaborar con el manejo de las estrategias relacionales hasta del propio desgaste emocional (S. *de Burnout*).

La implementación de la psico-oncología, como en general ocurre en el campo de la Psiquiatría de CE, variará en función de los recursos profesionales y económicos por un lado y la complejidad del sistema clínico disponible por otro (ver introducción). Haciendo la salvedad que la iniciativa y validación para las acciones de salud mental no siempre parten desde la psiquiatría y muchas veces ocurre que los propios contextos clínicos complejos generan una necesidad que desencadena la incorporación de este tipo de recursos cuya articulación debería incluir a un psiquiatra en algún momento, completando de esta manera el “círculo de la salud mental” que incluye a los demás profesionales médicos y no médicos del equipo terapéutico y a veces al personal técnico de salud que eventualmente pueden desempeñar un rol significativo para el paciente y su familia. La posibilidad de tener residentes

o psicólogos permanentes ocurrirá en los sistemas clínicos institucionales de mayor complejidad, en tanto en el resto, es decir la mayoría, se beneficiará con la incorporación de profesionales de salud mental (psiquiatra y psicólogo) en la modalidad de asistencia periódica programada. Las funciones de un psiquiatra de CE en el contexto de una situación clínica de psico-oncología son equivalente a las funciones generales antes descritas, variando la especificidad de los temas y las experiencias vivenciales en torno a estos. Mención especial requiere la función de apoyar y supervisar el trabajo de los profesionales psicólogos(as) que se desempeñan en contextos médicos. En quienes sus normales expectativas podrían tener que ajustarse en primer lugar a las necesidades “integrales del paciente” y no necesariamente a un tratamiento psicoterapéutico generado por demanda espontánea. Sin perjuicio que esto llegue a ocurrir de manera diferida cuando el paciente o su familia lo considere necesario. Es decir, las intervenciones son de tiempo limitado y foco definido por el contexto de salud contingente; los conflictos presentes, que ocurren en un nivel diferente a las necesidades del paciente, son reconocidos y orientados a un trabajo diferido para optimizar los cuidados del mismo. En algunas ocasiones, conflictos conyugales o con hermanos pre existentes o desencadenados por el evento estresante deben contenerse y diferir su resolución para no desenfocar al paciente en el contexto de su enfermedad. No se puede discutir cómo apagar un incendio en presencia de uno, hay que apagarlo... pero, cuando las cosas se salen de control puede ocurrir lo primero.

PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PACIENTES CRÍTICOS

Cada vez toma más relevancia evaluar aspectos emocionales y de salud mental en pacientes con riesgo vital que serán sometidos a intervenciones y/o procedimientos de alta complejidad. Estos generan altos niveles de estrés e incertidumbre en los pacientes y sus familias, así como en los equipos médicos y personal de apoyo. Ya no sólo es importante la sobrevida, sino que se hace muy necesario e indispensable la participación de equipos de psiquiatría y salud mental que aborden aspectos en ocasiones menos visibles, pero que impactan profundamente en la calidad de vida y el pronóstico a mediano y largo plazo. Evitando que las complicaciones emocionales y familiares puedan interferir negativamente en la patología médica. Logrando así, el menor impacto biopsicosocial del paciente y su entorno.

La presencia de cuadros psiquiátricos en estos pacientes, no sólo empeora el pronóstico de la patología médica, sino que además aumenta el riesgo suicida y el desarrollo de patología psiquiátrica hacia la adultez, especialmente de cuadros depresivos, ansiosos y trastorno por estrés postraumático, entre

otros. Según la literatura (4) los trastornos psiquiátricos más comúnmente evaluados en las unidades de pacientes críticos fueron el trastorno de estrés postraumático y la depresión mayor. La prevalencia puntual de síntomas de trastorno de estrés postraumático clínicamente significativos varió de 10 a 28%. La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos osciló entre el 7 y el 13%. Los síntomas psiquiátricos de aparición precoz durante la hospitalización resultaron predictores importantes de morbilidad psiquiátrica posterior, por lo que resulta fundamental detectarlos y manejarlos tempranamente.

Existe evidencia de que el presentar problemas psiquiátricos y/o del desarrollo, previos a la hospitalización, así como, la presencia de psicopatología parental se asocia a mayor vulnerabilidad de desarrollar otros cuadros psiquiátricos posterior a la enfermedad médica, la edad y el sexo de los pacientes no aumentan esta vulnerabilidad. La mayor exposición a procedimientos y a situaciones traumáticas, como la gravedad del cuadro y las secuelas posteriores también fueron predictores de enfermedad psiquiátrica en algunos estudios (5).

Resulta fundamental el acompañamiento, cuando a pesar de los esfuerzos realizados por todos los involucrados, los resultados no son los esperados, donde los pacientes pueden quedar con secuelas permanentes o incluso presentar desenlaces fatales. Esta es una situación que genera gran frustración y desesperanza para los involucrados, momento en el cual se hace necesario lograr la calma y replantear los objetivos de manera realista, es importante manejar adecuadamente la angustia tanto desde el punto de vista farmacológico como psicoterapéutico, para reducir el impacto de la crisis y lograr visualizar los nuevos objetivos. Cuando las secuelas resultan permanentes, es fundamental el adecuado manejo emocional, que puede interferir negativamente en la toma de decisiones tanto de padres, como en ocasiones del propio equipo de salud.

El replantear los objetivos tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico implica una nueva alianza que contemple opiniones de los diferentes especialistas, deseos de la familia y del paciente. En este momento es necesario el trabajo de aceptación, explorando miedos y fantasías respecto al futuro.

La forma en que se entregue la información a los pacientes debe ser conversada con los padres y se debe respetar los deseos de los pacientes, una buena pregunta a realizar es "¿cuánto deseas saber o con que nivel de profundidad?"; con lo que podemos acercarnos al mejor modo de entregar la información, debe ser planteada de manera empática y tranquila, respondiendo todas las preguntas y dejando abierta la posibilidad de que sigan apareciendo dudas que serán respondidas a futuro.

El médico tratante en presencia de la familia, consideramos que es la mejor forma de entregar la información a los pacientes. Previo a eso, debe ser entregada a los padres para que tengan la posibilidad de elaborarla, con lo que evitamos posibles desbordes emocionales frente al paciente.

La participación del psiquiatra debería quedar para un segundo momento o para situaciones en las que el equipo considere necesaria, especialmente cuando la sintomatología psiquiátrica del paciente o sus padres es de gravedad.

Cada vez más, en los hospitales generales, se considera a los equipos de psiquiatría y salud mental como necesarios en la configuración y fiato de equipos multidisciplinarios para patología de alta complejidad.

Sabemos que los síntomas psiquiátricos y enfermedades médicas se relacionan bidireccionalmente, muchos cuadros médicos producen síntomas psiquiátricos y la patología de salud mental interfiere negativamente en los pronósticos y la implementación de planes de tratamiento en paciente con patologías médico quirúrgicas (6).

Las intervenciones psiquiátricas en unidades de cuidados intensivos ocurren simultáneamente en diferentes niveles, con los pacientes, sus familias y los miembros del equipo tratante de la unidad de pacientes críticos, lo que resulta desafiante y complejo (7).

Los pacientes con patologías médicas crónicas no transmisibles experimentan altas tasa de trastornos ansiosos, del ánimo, conductuales y riesgo suicida. Es frecuente la somatización en pacientes críticos, especialmente en los que presentan altos niveles de angustia, no resulta fácil el diagnóstico diferencial, por lo que la discusión entre los diferentes especialistas, en reuniones de equipos ayuda a realizar abordajes en común, minimizando riesgos y optimizando diagnósticos, exámenes, procedimientos y tratamientos. Al realizar abordajes planificados y en equipo se logra reducir el número de exámenes y manejar de mejor manera la angustia del paciente y familias.

La morbilidad psiquiátrica parece ser un problema importante para los supervivientes de enfermedades críticas pediátricas (8,9). La investigación futura debería incluir una evaluación más profunda de sintomatología psiquiátrica y de funcionamiento familiar en pacientes críticos, es fundamental realizar diagnósticos e intervenciones tempranas en pacientes de riesgo, en especial aquellos en que existen factores predisponentes y en los que requieren gran cantidad de intervenciones/procedimientos y en los que la duración de las intervenciones se alarga o complica.

El manejo farmacológico de estos pacientes resulta complejo, dada la gran cantidad de interacciones medicamentosas a las que se ven expuestos, un manejo farmacológico prudente y riguroso ayuda a prevenir complicaciones, los esquemas terapéuticos pueden ser muy amplios y variados dependiendo la patología de cada paciente, por lo que no serán detallados en este capítulo.

Duelos

Los duelos son elementos importantes a trabajar en pacientes críticos, desde el duelo inicial por pérdida de la salud ya sea en forma aguda o crónica, hasta cuando nos vemos enfrentados a la muerte de algún paciente.

Resulta indispensable realizar un acompañamiento tanto del paciente como sus familias, respetando los tiempos y las diferentes formas de afrontamiento, cuando el proceso de duelo se encuentra en rangos de normalidad y favorecer o intervenir más intensamente cuando el duelo presenta características patológicas. Consideramos fundamental el trabajo que pueda realizar no solo los equipos especializados sino también el personal en contacto directo con el paciente que permitan la sana expresión emocional y adecuado acompañamiento (10).

Incertidumbre

Este es un factor importante a considerar a la hora de enfrentar pacientes críticos. Es necesario minimizar en medida de lo posible este aspecto, con información clara y transparente, intentando transmitir con un lenguaje simple, que logre ser comprensible por el paciente independiente de su edad. Evitando respuestas que aumenten el nivel de incertidumbre. Es posible entregar información fidedigna con alto grado de certidumbre, sin generar en el falsas expectativas o entregando noticias muy pesimistas. Resulta difícil ya que en medicina no estamos acostumbrados a las trabajar con certezas, pero si podemos ser cuidadosos con el lenguaje, con lo que generamos gran alivio en pacientes y familias. En las unidades en las que existe gran rotación de médicos por los turnos, es fundamental que el paciente y la familia logre identificar “un médico tratante o de cabecera” a quien puedan preguntar las dudas del proceso ya que las diferentes versiones o formas de ser entregadas también contribuye al aumento de la incertidumbre, especialmente respecto a la evolución y pronóstico de largo plazo.

También resulta necesario mantener informados sobre las planificaciones en relación a exámenes y procedimientos para que cuando el paciente sea sometido a ellos, tenga cierta claridad de que se trata y cuál será el objetivo. Resulta muy angustiante para los pacientes ser sacados a procedimientos o exámenes de los que no estaban enterados.

Un adecuado manejo de la información es de gran ayuda para prevenir y manejar angustias de pacientes y familias.

Intentamos con nuestros pacientes críticos, trabajar por metas diarias muy concretas que posteriormente pueden transformarse en objetivos semanales y así sucesivamente, logrando objetivos a más largo plazo. Al ir trabajando con objetivos específicos se logra reducir la incertidumbre de los pacientes y de sus familias. En este mismo contexto resulta necesario anticiparse a las necesidades de cuidados que presenten los pacientes, cuando logramos anticipar de forma concreta y predecible, exámenes procedimientos, intervenciones, interconsultas, resulta beneficioso y tranquilizador. Lo mismo ocurre cuando los pacientes tienen cierta claridad en los horarios de las intervenciones y procedimientos programadas, respetando los tiempos y necesidades de los pacientes en equilibrio con las necesidades de los equipos tratantes.

Ambiente familiar

A mayor psicopatología de los padres, mayor es la posibilidad de problemas de salud mental en pacientes críticos y mayor el nivel de conflictos con los equipos tratantes (5).

Lograr identificar y poder contar con apoyo especializado ayuda a reducir los niveles de estrés en los pacientes. Los conflictos familiares previos a la situación de crisis muchas veces se ven incrementados con la hospitalización, ocurre con conflictos conyugales, parentales, parento filiales y fraternos.

Lograr acuerdos básicos de funcionamiento durante la hospitalización resulta fundamentales para la estabilidad y reducción de los conflictos en forma transitoria y poder planificar intervenciones posteriores.

El apoyo de las unidades de terapia familiar resulta indispensable para lograr estos objetivos

Impacto mediático y exposición

En pacientes críticos nos ha tocado enfrentar el impacto mediático de pacientes y familias. Esto es producto de pedidos de ayuda de distintos tipos a través de redes sociales o campañas que buscan ayudar y sensibilizar a la población. Pacientes en situación crítica muchas veces no se encuentran en condiciones de enfrentar el estrés que generan los medios de comunicación y las redes sociales. Es fundamental lograr un equilibrio entre los pedidos de ayuda y la exposición innecesaria, que pueda perjudicar la evolución de los pacientes, aumentando los niveles de estrés.

Por otro lado ha resultado muy positivo el que nuestros pacientes en estado crítico reciban saludos de personajes públicos (deportistas, políticos, cantantes, etc.) ya que es una fuente de motivación extra que ayuda a sobrellevar el día a día y genera baja del estrés al producir una distracción transitoria.

Redes sociales, internet y pantallas

En los pacientes adolescentes es necesario ser cuidadoso con el manejo de redes sociales ya que muchas veces pueden tener acceso a información falsa, tanto respecto de su enfermedad o de múltiples situaciones que puedan generar angustia. El

manejo cuidadoso en alianza con la familia resulta fundamental para el éxito de las medidas que se implementen.

Otro elemento que ha sido de gran ayuda en el manejo de la sintomatología es el uso de video juegos o el tener acceso a series de TV o Internet, la literatura es amplia en su contribución a reducir el dolor y el uso de analgésicos, y como distracción en especial en pacientes en que las hospitalizaciones se prolongan (11).

El trabajo coordinado con todos los miembros del equipo nos permite un abordaje interdisciplinario eficiente optimizando los recursos disponibles en beneficio de los pacientes y sus familias.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Uno de los escenarios en el que nos desempeñamos en psiquiatría de enlace es en colaboración con la neurología. La psiquiatría es de gran importancia en el contexto de las enfermedades neurológicas. Ambas se originan en el cerebro y, por lo tanto, es esperable que haya enfermedades neurológicas que pueden dar manifestaciones psiquiátricas. Además hay enfermedades neurológicas que se han asociado a riesgo importante de patología psiquiátrica, tanto patologías más severas, como la epilepsia, que será descrita más adelante, como patologías más frecuentes, como la migraña (12,13).

También puede haber enfermedades neurológicas que son severas, crónicas, requieren hospitalizaciones repetidas, donde debido al factor estresor de las hospitalizaciones y procedimientos médicos, se pueden gatillar trastornos psiquiátricos, tales como trastorno de estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación y trastornos adaptativos.

Dentro de las enfermedades neurológicas en que puede haber manifestaciones psiquiátricas o comorbilidades, donde contamos con mayor experiencia en Clínica Las Condes es en el Centro Avanzado de las Epilepsias. Las epilepsias son un grupo de enfermedades neurológicas donde se ha descrito comorbilidad psiquiátrica con mucho mayor frecuencia que en la población general, incluso mucho mayor que otras enfermedades crónicas, como diabetes infantil o cardiopatías congénitas. Además las epilepsias se asocian en alta frecuencia a discapacidades cognitivas, y este subgrupo de pacientes con epilepsia asociada a una discapacidad cognitiva está expuesto a un riesgo aún mayor de presentar un trastorno psiquiátrico como comorbilidad (14).

Los trastornos que más se han descrito en estos casos son: trastornos depresivos, ansiosos, psicosis, trastornos del aprendizaje y la atención. Estos trastornos pueden requerir psicoterapia y

tratamientos psicofarmacológicos, así como intervenciones familiares y escolares.

Para confundir aún más estos cuadros, muchos fármacos que se utilizan como antiepilépticos presentan efectos adversos en cognición y ánimo, poniéndonos en la posición de tener que diferenciar si los síntomas psiquiátricos que observamos son consecuencia de un tratamiento o corresponden a un trastorno comórbido. A continuación se describen las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes.

Epilepsia y trastornos cognitivos

La epilepsia pediátrica frecuentemente se ha asociado a trastornos o discapacidades cognitivas (14). El funcionamiento cognitivo en niños con epilepsia puede estar determinado por la causa de la epilepsia (alteraciones estructurales o genéticas, el efecto de las convulsiones sobre el cerebro o los fármacos antiepilépticos) (15). Alrededor de 26% de los niños con epilepsia presentan algún tipo de discapacidad intelectual. (16) Además, independiente de la discapacidad intelectual, los niños con epilepsia presentan mayores dificultades en atención, memoria verbal y vocabulario en comparación a niños controles sin epilepsia. Estas dificultades se asocian a mayor número de fármacos antiepilépticos usados, menor edad de inicio de epilepsia, mayor frecuencia de crisis (14,17). Para los niños que presentan epilepsia y trastorno por déficit atencional, la primera línea de tratamiento sigue siendo el metilfenidato asociado al tratamiento antiepiléptico (18).

Epilepsia, trastornos ansiosos, depresivos y suicidio

Los trastornos ansiosos y depresivos son una de las comorbilidades más frecuentes en epilepsia, y los intentos de suicidio son hasta tres veces más frecuentes en población adulta con epilepsia (19). Los trastornos depresivos se presentan en hasta 22% de los adolescentes con epilepsia y los trastornos ansiosos hasta en 32% (20,21). Los adolescentes con enfermedad crónica o con patología de salud mental presentan 20% de mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio y esta tasa aumenta aún más cuando se combinan ambos factores de riesgo, como por ejemplo en un adolescente con epilepsia y un trastorno de salud mental comórbido. Este riesgo aumentaría aún más cuando existe más de un diagnóstico psiquiátrico (22). En este grupo de pacientes los ISRS siguen siendo una excelente opción terapéutica.

Epilepsia y psicosis

Los pacientes con epilepsia están en mayor riesgo de sufrir síntomas psicóticos, que se clasifican según su relación temporal a la crisis convulsiva, de las cuales la más frecuente en gente joven es la psicosis postictal (1). Se sabe además que hay fármacos antiepilépticos, como el levetiracetam, que pueden gatillar síntomas psicóticos. Por otro lado, los fármacos anti-

psicóticos pueden bajar el umbral convulsivante y gatillar crisis epilépticas. De estos, el más epileptogénico es la clozapina (23).

Epilepsia y crisis convulsivas psicogénicas no epilépticas

Las crisis convulsivas psicogénicas no epilépticas (PNES, por su sigla en inglés) son uno de los diagnósticos diferenciales que debemos enfrentar ante eventos paroxísticos en los niños que no muestran cambios electrofisiológicos. Se han entendido desde el punto de vista psiquiátrico como un trastorno conversivo, y en el DSM 5 están clasificadas como trastorno de conversión, de subtipo con convulsiones (F44.5). En ocasiones son muy difíciles de distinguir, pues pueden coexistir con crisis epilépticas en el mismo paciente. (24) Habitualmente se realiza el diagnóstico después de haber descartado patología neurológica. Ha sido difícil establecer la prevalencia de este cuadro, ya que los reportes provienen de centros de epilepsia donde se hace el diagnóstico mediante videomonitorio. Las prevalencias se han estimado entre 1 y 9% de los niños en estudio por epilepsia (24). Es esencial hacer este diagnóstico para evitar someter a los niños a estudios y tratamientos innecesarios y también porque el PNES se ha asociado a factores estresores que lo gatillan. Estos factores deben ser identificados, ya que se han descrito como gatillantes la presencia de dificultades escolares, conflictos familiares, abuso sexual y maltrato físico, así como el miedo al rechazo y la necesidad de atención (25). El PNES también se asocia a otras comorbilidades psiquiátricas, de las cuales las más frecuentes son los trastornos ansiosos y depresivos (25). Realizar un diagnóstico de PNES hace que sea perentoria la intervención del psiquiatra infantil.

Abordaje en salud mental

Ante los cuadros expuestos, es necesaria una evaluación y eventual tratamiento por parte de un equipo de salud mental. Es importante tener una derivación detallada del neurólogo tratante, para tener idea qué síntomas o quejas le preocupa que examine el especialista en salud mental. Tanto el paciente como su familia deben entender el motivo de la derivación.

El psiquiatra infantil debe explorar la historia del desarrollo y de las dificultades actuales del paciente, así como el impacto de la enfermedad neurológica. Es posible que requiera evaluaciones adicionales por parte del equipo de salud mental, como fonaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicopedagogo. También en ocasiones puede ser necesaria una evaluación familiar, para determinar el impacto de la enfermedad en la familia y la capacidad de adaptación.

Es necesaria una coordinación entre los miembros del equipo, con el fin de no repetir intervenciones y aportar con una mirada más global del paciente.

Los pacientes además pueden requerir intervenciones especí-

ficas, psicológicas y psiquiátricas, o del resto del equipo, según su comorbilidad. En general, la mayor evidencia favorable para trastornos ansiosos y depresivos consiste en psicoterapia asociada a inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). La terapia cognitivo-conductual es la que cuenta con mayor evidencia de efectividad en tratamientos en niños y adolescentes (27).

Conclusiones

La comorbilidad psiquiátrica en enfermedades neurológicas, y en particular en epilepsia, es alta. Por esto debemos estar atentos a pesquisar trastornos psiquiátricos en estos pacientes, y tener cuidado con atribuir todos los síntomas que presentan solo al trastorno neurológico o considerarlos efectos adversos de los tratamientos, ya que presentar estos trastornos y no tratarlos impacta negativamente en la calidad de vida y el pronóstico de nuestros pacientes. Además, debemos tener en consideración que la comorbilidad psiquiátrica en general, y en las enfermedades neurológicas en particular, tiene mejor pronóstico cuando los niños y adolescentes son diagnosticados y tratados precozmente.

Por esto, en Clínica Las Condes está constituido el Centro Avanzado de las Epilepsias, donde existe un equipo multidisciplinario que puede evaluar al paciente desde el punto de vista neurológico, psicológico, cognitivo y psiquiátrico. Es esencial abordar a estos pacientes desde una perspectiva multidisciplinaria, debido a la gran comorbilidad que existe entre psiquiatría y neurología.

CONSIDERACIONES EN LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por atracón (TA), son enfermedades psiquiátricas crónicas con importantes complicaciones médicas, psicológicas y comorbilidad psiquiátrica. Además de ser enfermedades de preocupación de salud pública, los trastornos alimentarios se encuentran entre las enfermedades psiquiátricas que tienen la mayor mortalidad (5-7% para AN por ejemplo).

Si bien es cierto, que la mayoría de los pacientes reciben tratamiento ambulatorio, el cuidado del paciente más gravemente enfermo constituye un reto para el equipo clínico; dada la severidad de los síntomas y complicaciones intercurrentes. Es por estas razones que estos pacientes necesitan de un tratamiento multidisciplinario especializado como el que se ha desarrollado en la Unidad de Trastornos Alimentarios de adolescentes y jóvenes de Clínica las Condes.

Epidemiología

La prevalencia de AN en los Estados Unidos es del 1-2% entre las mujeres, mientras que la prevalencia en adolescentes sería

de un 0.3 a 0.7%. Se sabe poco sobre la prevalencia de AN en varones; existiría una relación de 1 es a 10. Las tasas de incidencia son de entre un 9.2 a 25.7 mujeres por 100000 por año (10 a 14 años de edad) y de 11.9 a 69.4 mujeres por 100000 (15 a 19 años de edad). La incidencia máxima se produce entre los 14 y 18 años.

En relación a BN se conoce que 1-2% de las adolescentes y el 0.5% de los adolescentes varones cumplen los criterios para su diagnóstico, con una relación hombres y mujeres es de 1:10. Típicamente comienza entre los 14 y los 22 años y en algunos casos, aparece después de un episodio de AN.

TA puede ser el trastorno alimentario más común, con un 3.5% de prevalencia en mujeres y 2% de los hombres. En la adolescencia se estima en un 2.3 y 0.8% en varones adolescentes (26).

Causas

Aunque la causa de los trastornos de la alimentación ha sido difícil de determinar, es posible identificar varios factores involucrados en su génesis: Factores socioculturales y ambientales (medios de comunicación e influencias de pares). Características familiares, (Estilos de crianza, dinámica familiar, personalidad de los padres), Variables biológicas (genética, regulación de neurotransmisores y funcionamiento hormonal).

Ninguno de estos factores ofrece una explicación suficiente para la ocurrencia de estos trastornos, por lo que es probable que existan varias vías de desarrollo para su desarrollo; así como la posibilidad de una constelación de factores interactivos que contribuyen a la vulnerabilidad y la expresión de la enfermedad (27).

Criterios Diagnósticos

Anorexia

El Manual Estadístico Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5) define AN en aquellos individuos que restringen su consumo de energía, resultando en una baja significativa del peso corporal o, en el caso de niños y adolescentes, "menos del peso mínimo esperado". Existe gran temor a ganar peso y una percepción distorsionada de su propia forma y peso corporal. Se clasifica en 2 Subtipos: Restrictiva y Purgativa.

Bulimia

BN ocurre en individuos que están en un rango de peso normal o con sobrepeso. Existen episodios recurrentes de atracones caracterizados por el consumo de una gran cantidad de alimentos en corto período de tiempo, con pérdida de control sobre el comportamiento. Para evitar el aumento de peso, los pacientes utilizan la conducta purgativa (por ejemplo, vómitos autoinducidos, abuso laxante, enemas) o no purgativas (por ejemplo, ayuno, diuréticos, ejercicio extremo). La frecuencia de

atracones y conductas compensatorias promedia al menos una vez a la semana durante tres meses o más. Al igual que con AN la forma del cuerpo y el peso son fundamentales para la autoestima.

Trastorno por atracón

Se caracteriza por atracones repetidos, similares a BN, al menos una vez por semana. A diferencia de la BN, no se producen comportamientos compensatorios; por lo tanto, estos individuos tienden a estar por encima del peso normal. Los atracones causan angustia y se asocian a menudo con comer rápido, en ocasiones sin hambre y posteriormente sentirse incómodamente satisfecho (28).

Trastornos Comórbidos

Cerca de un 70% de los pacientes tiene otros diagnósticos psiquiátricos. Los más frecuentes son: trastornos de ansiedad, ánimo y abuso de sustancias (29). El antecedente de trauma como abuso sexual en la niñez, se asocia con BN y TA. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen tasas más altas de BN, en trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo tienen mayores tasas de AN y aquellos con trastornos de personalidad con evitación TA (30).

Complicaciones médicas

Las complicaciones médicas de los trastornos de la alimentación incluyen: arritmias, bradicardia, hipotensión, hipotermia, deshidratación, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, pancreatitis, amenorrea o menstruación irregular, baja densidad mineral ósea, neurológicas y cognitivas, retraso en el crecimiento o deterioro del crecimiento, retraso o interrupción puberal, desequilibrios/anomalías hidroelectrolíticas.

La mayoría de las anomalías físicas son reversibles con una dieta adecuada y la restauración de un peso saludable. Sin embargo, en niños y adolescentes con AN u otros trastornos alimentarios restrictivos de larga duración, algunas de estas anomalías pueden ser irreversibles (deterioro del crecimiento, disminución de la densidad ósea, los cambios cerebrales y la infertilidad).

En BN o TA puede existir hipertrofia parotídea, callos en el dorso de la mano (signo de Russell), erosión del esmalte dental, o alteraciones hidroelectrolíticas graves, como la hipokalemia. Pudiendo desencadenar hipotensión ortostática y síncope. También se pueden producir erosiones esofágicas cuyo sangrado puede ser de difícil control y los atracones pueden causar tanto ruptura gástrica y esofágica (26).

Indicaciones de hospitalización

Indicaciones para hospitalización médica de niños y adolescentes con trastornos alimentarios han sido publicadas por la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad de Salud de

Adolescentes

Estas incluyen: anomalía severa de la frecuencia cardíaca (bradicardia y cambios ortostáticos en la frecuencia cardíaca), presión arterial (hipotensión ortostática), temperatura corporal (hipotermia), alteraciones electrolíticas y desnutrición severa.

Estas normas se desarrollaron principalmente en relación con los impactos fisiológicos secundarios a la desnutrición y purgas (31).

Otras causas frecuentes de hospitalización son: pérdida rápida de peso, baja ingesta calórica, rechazo de líquidos, complicaciones médicas, comorbilidad psiquiátrica grave, aislamiento social, familia disfuncional, falta de servicios ambulatorios o respuesta insuficiente al tratamiento ambulatorio (32).

Hospitalización en Anorexia Nervosa

Dentro del tratamiento intrahospitalario de los trastornos alimentarios, la Anorexia Nervosa es el trastorno más frecuente y con más estudios acerca de su curso y efectividad.

Los objetivos de la hospitalización incluyen: restauración de peso, tratamiento de complicaciones físicas, restauración de patrones de alimentación saludables, motivación por la mejoría, educación nutricional, mejoramiento del funcionamiento individual, tratamiento de la comorbilidad, apoyo familiar y prevención de la recaída (33).

La planificación y el tratamiento individualizado del tratamiento comprende un enfoque multidisciplinario (Pediatra/Nutriólogo/Psiquiatra/Psicólogo).

Desde el punto de vista nutricional la restauración del peso es esencial para la estabilización inmediata de las complicaciones cardiovasculares, pero la realimentación no puede ser agresiva, por el riesgo de síndrome de realimentación y muerte súbita.

El médico a cargo del manejo nutricional debe estar preparado para el uso de nutrición enteral vía sonda nasogástrica o, incluso, nutrición parenteral, en pacientes muy desnutridas que se niegan a comer.

Indicaciones durante la hospitalización:

- Aporte energético en realimentación: no existe consenso en cuanto al aporte calórico al inicio de la alimentación (Por ejemplo, 600 a 1000 kcal/día, aumentando 200 a 300 Kcal/día cada 3-4 días o 10-20 Kcal/K/día como máximo en pacientes muy desnutridas).
- Alimentación supervisada
- Monitoreo cardíaco y control de laboratorio hasta estabilización médica.
- Vigilancia estricta para prevenir vómitos o ingesta excesiva de agua.

- Peso diario en ayunas, con ropa interior o bata.
- Medición de densidad urinaria en las mañanas, para correlacionar ingesta de agua y aumento de peso.
- Prohibición de ejercicio.

El incremento de peso esperado es de 500 a 1000gr semanales. Ganancias mayores a 1.000-1400gr pueden deberse a retención de sodio y fluidos o deposiciones por constipación (34).

La hospitalización por sí misma puede provocar sentimientos en el paciente que afectan la relación terapéutica y el cumplimiento del tratamiento; los objetivos del tratamiento muchas veces están en directa oposición a sus deseos, aumentando el miedo al aumento de peso y la angustia por la pérdida de control. La inestabilidad médica, comorbilidad psiquiátrica, y negación de la gravedad de la enfermedad son factores que pueden también contribuir a la resistencia al tratamiento (35,36).

Por otra parte, los pacientes que son hospitalizados involuntariamente pueden presentar negación completa de la enfermedad y sensación de no tener control sobre la situación actual, afectando la confianza y vínculo terapéutico.

Es importante tener presentes todas estas variables porque pueden conducir a luchas de poder entre el paciente y el personal médico/familia que entorpecen y dificultan la mejoría.

El apoyo psicoterapéutico durante la hospitalización se realiza a través de técnicas cognitivo-conductuales que se introducen después de la estabilización inicial. Las intervenciones incluyen explorar sistemas de creencias, tareas específicas (por ejemplo, enumerar atributos personales positivos), explorar comportamientos adaptativos alternativos, auto-monitoreo (diarios), y reestructuración de creencias, actitudes y percepciones erróneas. Las intervenciones apuntan al cambio gradual, lo que permite una meta realista (27).

Los psicofármacos pueden estar indicados en presencia de comorbilidad significativa. Hasta la fecha no hay medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para Tratamiento de AN. Se debe considerar que el bajo peso puede hacer que estos pacientes sean más vulnerables efectos secundarios. En estudios preliminares, la olanzapina se ha asociado con ganancia de peso en AN (37,38).

Existen algunos estudios que muestran que un índice de masa corporal mayor al ingreso y la ganancia de peso precoz predicen un resultado positivo del tratamiento intrahospitalario (39).

En adolescentes se ha visto que la depresión e insatisfacción corporal son predictores negativos de un cambio clínicamente significativo durante la hospitalización; y que el tratamiento

hospitalario sería efectivo en aproximadamente dos tercios de adolescentes con AN (32).

Pronóstico

Los trastornos alimentarios suelen ser enfermedades crónicas. Estudios de seguimiento de adolescentes entre 4 y 20 años después de la hospitalización, muestran que un 68% tiene resultados positivos, 23% intermedios y un 9% pobre (en una gama de indicadores biopsicosociales). La tasa de recuperación aumenta con la duración del tiempo de seguimiento; por ejemplo, aproximadamente el 33% de los individuos a los 4 años y el 73% a los 10 años o más se recuperan.

El período de mayor riesgo para la recaída de AN es el primer año después de la hospitalización o tratamiento ambulatorio. En un estudio de seguimiento a 5 años de BN, tasa de remisión y la recaída fue de aproximadamente el 74% y el 47%, respectivamente. El seguimiento de veinte años sugiere una tasa de remisión del 75% para BN Longitudinal. Estudios de TA sugieren tasas de recuperación que van del 50% al 85% después de 4 a 6 años (27).

CONCLUSIONES

El abordaje de los problemas de salud mental en el hospital general resulta indispensable para otorgar una medicina de alta calidad, en especial en pacientes del alta complejidad.

El abordaje dependerá del tipo de establecimiento, las características y necesidades del mismo. En la medida que podemos realizar psiquiatría de consultoría y enlace con los pacientes hospitalizados es evidente la contribución a mejorar el pronóstico de la enfermedad de base, como de las complicaciones asociadas de largo plazo tanto médicas como de salud mental contribuyendo adecuadamente al bienestar de los pacientes y familias mejorando la calidad de vida posterior.

El diagnóstico, intervenciones precoces y el trabajo multidisciplinario permite ir afinando los modos de cómo incluir a los profesionales de salud mental. Esto dependerá principalmente de la disponibilidad de recursos, pero debe ser con una participación activa, permanente en el tiempo, participando en reuniones y discusiones de los casos más complejos, lo que permita generar relaciones colaborativas (vínculos) con los equipos tratantes.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoyle L. *The Function of Consultation-Liaison Psychiatry*, Hoyle Leigh & Jon Streltzer, *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry* 2015, 11-14.
2. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, et al. *Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity*. *Psychosomatics* 1992; 33 (4):376-86.
3. Erazo R. *Es Psicósomático lo mío, doctor?* *Rev Med Clin Condes* 2012; V23 (5): 601-605.
4. Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, Katon WJ. *Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: a comprehensive review of the literature*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Apr;164(4):377-85.
5. Schieveld JN, Wolters AM, Blankespoor RJ, van de Riet EH, Vos GD, Leroy PL, van Os J. *The forthcoming DSM-5, critical care medicine, and pediatric neuropsychiatry: which new concepts do we need?* *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2013.
6. Rojas O, Krauskopf V, Umaña J. *Intervención psiquiátrica en programa de trasplantes*. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2010; 21(2) 286 - 292*.
7. Woolston JL. *Psychiatric aspects of a pediatric intensive care unit*. *Yale J Biol Med*. 1984 Jan-Feb;57(1):97-110.
8. Knoester H, Bronner MB, Bos AP. *Surviving pediatric intensive care: physical outcome after 3 months*. *Intensive Care Med*. 2008;34(6):1076-1082.
9. Knoester H, Bronner MB, Bos AP, Grootenhuis MA. *Quality of life in children three and nine months after discharge from a paediatric intensive care unit: a prospective cohort study*. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:21.
10. Als LC, Picouto MD, O'Donnell KJ, Nadel S, Cooper M, Pierce CM, et al. *Stress hormones and posttraumatic stress symptoms following paediatric critical illness: an exploratory study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017 May;26(5):511-519.
11. Martin A, Volkmar FR: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
12. Windich-Biermeier A, Sjöberg I, Dale JC, Eshelman D, Guzzetta CE. *Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer*. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007 Jan-Feb;24(1):8-19.
13. Bujoreanu S, Ibeziako P, Ray DeMaso D. *Psychiatric Concerns in Pediatric Epilepsy*. *Child Adolesc Psychiatry Clin n Am* 2010; 19: 371-386.
14. Dyb G, Stensland S, Zwart J. *Psychiatric Comorbidity in Childhood and Adolescence Headache*. *Curr Pain Headache Rep*. 2015; 19 (3): 1-8.
15. Jones J, Siddarth P, Gurbani S, Shields D, Caplan R. *Cognition, academic achievement, language, and psychopathology in pediatric chronic epilepsy: Short-term outcomes*. *Epilepsy Behav*. 2010 July; 18(3): 211-217.
16. Henkin Y, Sadeh M, Kivity S, Shabtai E, Kishon-Rabin L, Gadot N. *Cognitive function in idiopathic generalized epilepsy of childhood*. *Develop Med Child Neurology*. 2005; 47: 126-132.
17. Berg A, Langfitt J, Testa F, Levy S, DiMario F. *Residual cognitive effects of uncomplicated idiopathic and cryptogenic epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*. 2008; 13 (4): 614-619.
18. Menlove L, Reilly C. *Memory in children with epilepsy: A systematic review*. *Seizure* 25 (2015) 126-135.
19. Gucuyener K, Erdemoglu AK, Senol S, Serdaroglu A, Soysal S, Kockar AI.. *Use*

- of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in patients with epilepsy or electroencephalographic abnormalities. *J Child Neurol* 2003; 18: 109-112.
20. Mula M. Depression in epilepsy. *Current opinion neurology*. 2017; 30(2).
 21. Berg A, Caplan R, Hesdorffer D. Psychiatric and neurodevelopmental disorders in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2011; 20 (3): 550-555.
 22. Kwong KL, Lam D, Tsui S, Ngan M, Tsang B, Lai TS, Lam SM. Anxiety and Depression in Adolescents with Epilepsy. *J Child Neurol*. 2016; 31(2) 203-210.
 23. Jones J, Siddarth P, Gurbani S, Shields D, Caplan R. Screening for suicidal ideation in children with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2013 December; 29 (3): 521-526.
 24. Farooq S, Sherin A. Interventions for psychotic symptoms concomitant with epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (4): CD006118.
 25. Reilly C, Menlove L, Fento V, Das K. Psychogenic nonepileptic seizures in children: A review. *Epilepsia* 2013; 54 (10): 1715-1724.
 26. Verrotti A, Agostinelli S, Mohn A, Manco R, Coppola G, Franzoni E, et al. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial . *Journal of the American Medical Association*, 2004 Aug 18; 292(7):807-20.
 27. Lock J, La Via M, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):412-425.
 28. Wolfe B, Dunne J, Kells M. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder *Nurs Clin N Am* 2016;213-235
 29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
 30. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res* 2015;230:294-9.
 31. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, et al. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016;78(1):79-90.
 32. Society for Adolescent Health and Medicine. Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2015;56:121-5
 33. Schlegl S, Diedrich A , Neumayr C , Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome *Eur. Eat. Disorders Rev*. 24 (2016) 214-222.
 34. American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2006.
 35. Gaete V, López C, Matamala M, Raimann X. Trastornos de la conducta Alimentaria en Adolescentes y jóvenes. *Nutrición en el Ciclo Vital*. Editorial Mediterráneo 2013.
 36. Snell L, Crowe M, Jordan J. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *J Clin Nurs* 2010;19:351-8.
 37. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, et al. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry* 2013;13:292.
 38. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, et al. Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(5):35.
 39. Suárez P, Peña C, Arbaizar B, Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials *Journal of Psychiatric Practice* 2015 Vol. 21, No.1
 39. Wales J, Brewin N , Cashmore R , Predictors of Positive Treatment Outcome in People With Anorexia Nervosa Treated in a Specialized Inpatient Unit: The Role of Early Response to Treatment *Eur. Eat. Disorders Rev*. (2016).

PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y MEDICINA DE ENLACE, NUEVOS ALCANCES

LIAISON PSYCHIATRY AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE, NEW SCOPES

MATÍAS GONZÁLEZ, MD, PHD (1), MATÍAS CARREÑO, MD (1)

(1) Unidad de Psiquiatría de Enlace. Departamento de Psiquiatría. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Email: magonza@med.puc.cl

RESUMEN

La psiquiatría es la especialidad de la medicina que se encarga de la prevención, manejo y tratamiento de las enfermedades mentales en su totalidad. Sus contenidos nos obligan a un ejercicio de alta complejidad y está influenciado por el desarrollo de distintas áreas del conocimiento, desde las neurociencias hasta las ciencias sociales.

Dentro de este desarrollo, la Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática es el área de la Psiquiatría que se encarga del diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los pacientes médicamente enfermos en un Hospital General y del seguimiento de estos en la consulta ambulatoria que se inserta en su comunidad. En este artículo realizamos una revisión de las bases históricas y conceptuales de esta Subespecialidad de la Psiquiatría. Este modelo de desarrollo se enfoca a mejorar la calidad del cuidado intrahospitalario y ambulatorio de nuestros pacientes médicamente enfermos con afecciones mentales y/o emocionales, así como, su dignidad y calidad de vida. En paralelo, generamos propuestas para la formación de unidades que se integran en los equipos de salud con el objeto de desarrollar las habilidades técnicas y de conocimiento en el manejo de los problemas de salud mental en los profesionales no relacionados a estas.

La existencia de unidades con capacidad suficiente para mejorar aspectos de morbilidad y mortalidad de estos pacientes, también puede incidir en la reducción de los costos asociados a la complejidad de esta comorbilidad e influir en la disminución de las estadías hospitalarias. Esta importante aspiración se basa en que el apropiado manejo de los pacientes complejos exige la adquisición de equipos que den cuenta de la mayor complejidad que se intenta abordar.

Palabras clave: Psiquiatría de enlace, medicina psicosomática, unidades psiquiatría de enlace.

SUMMARY

Psychiatry is the medical specialty devoted to prevention, management and treatment of mental disorders. Its exercise is highly complex and involves the development of different fields of knowledge, from neurosciences to social study.

Within this, Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine is the area of psychiatry that handles diagnosis and management of mental health issues of the medically ill in the General Hospital's context, and their follow up in out patient care in the community. In this article, we reviewed the historical and conceptual basis of this sub specialty. This model aims towards improving the care of patients suffering from mental health related problems, with special focus on their dignity and quality of life. We also offer a proposal for the development of units that integrate health care teams with the objective of improving technical abilities and bringing knowledge in mental health to the team members that are not related to the psychological aspects of health.

The existence of units with enough capability to improve morbidity and mortality of these patients could also reduce costs related to the complexity of this comorbidity and positively impact in the reduction in hospital stays. Our aspiration is based in that the appropriate care of complex patients require teams that can be up to the challenge of the demands of these complexities.

Key words: Liaison psychiatry, psychosomatic medicine, liaison psychiatry units.

INTRODUCCIÓN

La tendencia actual dirige a la medicina en su totalidad hacia la observación humana de forma integral, intentando evolucionar desde un ya, sobrepasado modelo de causalidad biomédica a

uno que también incorpore las variables psicológicas y sociales. Si bien la aceptación de este marco conceptual y clínico ha tenido grandes avances en las últimas décadas, la mirada que interrelaciona el acontecer mental y el corporal, *psique y soma*, tiñe toda la historia de la medicina; encontrándose evidencia de esto en la cultura egipcia, china y en la sistematización de las enfermedades propuesta por Hipócrates, por mencionar algunos ejemplos (1).

La historia más reciente del cuidado psiquiátrico y psicológico de los pacientes con un padecimiento físico avanza de forma veloz y sin detenerse durante el siglo recién pasado: desde el crecimiento exponencial de los avances científicos relacionados a la etiopatogenia y tratamiento de diversos padecimientos hasta las consideraciones éticas que trajo consigo el periodo de la post guerra, impactan en el reconocimiento de las necesidades relativas a la salud mental en el hospital general, lo que trae consigo la creación de iniciativas que incorporan al psiquiatra en el quehacer de la medicina clásicamente somática en un relativo paralelo en distintos lugares del mundo.

DESARROLLO

Uno de los problemas de esta área de interés de la psiquiatría en la actualidad, es la falta de unanimidad en cómo llamar a este campo de la especialidad que pone en su centro de atención al paciente *médicamente complejo*. Es difícil intentar encontrar el origen preciso del término *psicosomático*, pero se atribuye el acuñarlo a Johann Heinroth en 1818 (2). Posterior a esto, sería Felix Deutsch, en los 1920s, a quién se atribuye primer uso de la combinación *medicina psicosomática* (3). En el caso del título de *psiquiatría de enlace*, este puede ser seguido hasta el servicio de psiquiatría del Hospital General de Colorado, en Estados Unidos (4). Argumentos para el uso de una forma de llamar a la especialidad por sobre la otra han sido defendidos por distintas agrupaciones, siendo todas de amplios fundamentos prácticos y teóricos. Estos pueden ser resumidos en que quienes defienden la utilización de Psiquiatría de Enlace, ven que la psicosomática estaría muy próxima a modelos teóricos de causalidad mental-física ya sobrepasada. Por el otro lado; sus detractores arguyen que otras especialidades médicas no “enlazan” a las de sus colegas, trayendo implícitamente un dejo de autoestigma a nuestra especialidad (5). De forma más práctica, se propone que la *psiquiatría de enlace* haría referencia a las habilidades y conocimientos requeridos para tratar la aparición de sintomatología mental referidos desde *settings* médicos y quirúrgicos. Conocimiento utilizado en evaluar y tratar las condiciones emocionales y conductuales en pacientes que son referidos desde estos servicios. Por otro lado, la *medicina psicosomática* la definimos como el estudio de la relación mente cuerpo dentro de la medicina (1). Área del conocimiento que abarca no sólo a la medicina, sino que incorpora a las ciencias sociales. En ésta, es

altamente relevante la evaluación de factores psicosociales que afectan la vulnerabilidad, curso y pronóstico de cualquier condición médica que implica la consideración integral del paciente enfermo y su cuidado, las estrategias psicológicas de prevención, su tratamiento y rehabilitación.

Estas perspectivas nos dan fundamento para integrar todos estos conceptos, lo que resulta ser suficientemente abarcador y explicativo a la hora de llamar a esta subespecialidad como **Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática**.

La creciente necesidad de que los psiquiatras generales adquieran habilidades específicas para poder manejar al paciente médicamente enfermo, que van desde el ámbito ambulatorio hasta el Hospital General, ha abierto la necesidad de generar una sub-especialidad que garantice la apropiada formación en esta área del conocimiento. **La Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática (PEMP)**, una sub-especialidad cada vez más relevante para la práctica de la medicina e imprescindible en la concepción de sistemas de salud con capacidad de resolución de problemas complejos propios del nivel de desarrollo más avanzados. Integrándose inicialmente en unidades de alta complejidad como unidades de manejo de SIDA, Oncología, Trasplantes, Medicina Interna, Neurología, Perinatología, entre otras para insertarse en el accionar de los equipos de salud en los distintos niveles de acción. Por lo tanto, nos encontramos ante un gran desarrollo de ésta en las últimas décadas, como lo manifiesta la creación del Grupo de Interés en Psiquiatría de Enlace del *Royal College of Psychiatrists* del Reino Unido desde la década de los 80, del siglo recién pasado (6), así como en la mayoría de los países con sistemas de salud desarrollados. Como sub-especialidad, ha sido reconocida el año 2003 en Estados Unidos de América por el órgano rector de las especialidades de dicho país (*The American Board of Medical Specialties*) (7), situación que se está replicando en otros países, con distintas nominaciones y raíces evolutivas. Un ejemplo de ello es que en la Unión Europea se ha llegado a generar un amplio consenso en cuanto a la necesidad de contar con planes de entrenamiento formal para psiquiatras especialistas en el área.

La conjunción de diversas experiencias, así como los aportes desde las ciencias biomédicas y sociales dan el sustento para el actuar de esta subespecialidad, que toma las herramientas de la psiquiatría general; entrevista clínica y detallada psicopatología, para ser puestas al servicio del paciente médicamente complejo. Algunas habilidades de la psiquiatría clásica, sustentadas en la Medicina Basada en la Evidencia quedan a disposición del exigente medio del paciente somático, para ayudar a equipos tratantes en la toma de decisiones, pero no limitándose a este único campo de acción. El psiquiatra subespecialista en PEMP aborda los aspectos psicológicos de la enfermedad orgánica así como las manifestaciones somáticas de entidades

principalmente psiquiátricas, brinda apoyo y acompañamiento de salud mental en el proceso de enfermar y mantiene un rol activo en la capacitación hacia el personal de salud en materias de nuestra experticia; el *enlace* se hace manifiesto en el trabajo integrado del psiquiatra como una parte indispensable del equipo del hospital general, distanciándose del limitado rol de *interconsultor*.

El diálogo de otras especialidades médicas y la psiquiatría puede resultar en una primera barrera para el subespecialista en PEMP. El estigma hacia el paciente con un diagnóstico psiquiátrico así como a la propia especialidad puede profundizar la distancia entre el reconocimiento de los requerimientos de salud mental del paciente y la satisfacción de este. El modelo de enlace, en que el psiquiatra es *un colega más* por sobre un visitante desde el hospital psiquiátrico ayuda a disminuir las actitudes estigmatizadoras. Este es un proceso que va de la mano con los cambios de la malla docente en que progresivamente se incluyen los aspectos psiquiátricos y psicológicos en la formación de médicos, la que hoy muestra e importante avance en cuanto a la necesidad de formación basada en competencias que incorporan variables que van más allá del desarrollo exclusivo de un médico experto. Esta compleja construcción de diálogo entre las distintas especialidades y los psiquiatras, sumado a los cambios en la malla docente en pre y post grado, ha permitido un cambio cultural progresivo de la medicina en relación con su acercamiento y significación de relevancia del quehacer psiquiátrico/psicológico. Esta percepción de cambio queda de manifiesto en distintos trabajos que evalúan estos aspectos; un ejemplo de éstos es una encuesta realizada a los médicos no psiquiatras de un hospital universitario (8). Los resultados muestran que los médicos le dan cada vez mayor importancia a los aspectos emocionales de sus pacientes y, por otro lado, tienen una alta valoración de los equipos PEMP y su capacidad de resolver los temas psicosociales de los pacientes, lo que representa un avance en cuanto a la valoración de otros especialistas por la labor de los profesionales del campo de la salud mental.

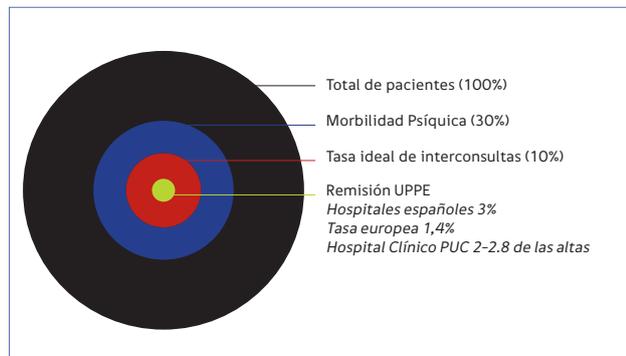
Impresiona que, de forma natural, el actuar del psiquiatra se ha aproximado al quehacer del hospital general. Tenemos la fortuna de contar con notables experiencias locales; como el caso del Hospital José Joaquín Aguirre, que en 1952 desarrolla el primer Servicio de Psiquiatría en el Hospital General en Chile, con su respectiva unidad de psiquiatría de enlace o la experiencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Temuco, liderada por el Dr. Martín Cordero entre los años 1969 y 1973: un servicio de psiquiatría en el contexto del hospital general, con una importante participación de pacientes, miembros de la comunidad y el respaldo de la dirección del hospital en la gestión de este servicio (9). Estas experiencias se nutren a su vez de muchas otras experiencias de psiquiatras que han desa-

rollado su trabajo acercándose al hospital general en Chile, así como del virtuoso y pionero sistema público de salud diseñado en nuestro país en la década de los 60 para dar cuenta de la atención integral de los pacientes. Este sistema fue progresivamente desarticulado en los años 70 y luego, parcialmente reemplazado, por un sistema centrado en el mercado como agente regulador de un bien declarado derecho básico en nuestra constitución.

Si bien observamos cómo la psiquiatría se acerca a la labor conjunta con sus pares de otras especialidades, el progresivo avance y la consiguiente complejidad de la medicina obligan a estructurar el conocimiento obtenido en estas décadas de trabajo. Lamentablemente, lo disímil de la formación de postgrado en psiquiatría en nuestro país también impacta a la formación de los psiquiatras generales en el área de la Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática. A modo de ejemplo, en el año 2003, el Ministerio de Salud Pública el Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría (10), donde la subespecialidad es mencionada dentro de los contenidos teóricos (clínica psiquiátrica: Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática) así como en las intervenciones (la interconsulta: asesoramiento psiquiátrico y psiquiatría de enlace). No se profundiza en qué contenidos deben ser incluidos en estos temas y tampoco se incluye una rotación exclusiva dedicada a la PEMP, salvo la inclusión del "Programa de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace" dentro del programa de hospitalización psiquiátrica. Aún más, este Programa Académico Referencial es en ningún caso obligatorio para las casas de estudio que imparte la especialidad en psiquiatría y no se recoge dentro de los criterios para la acreditación de especialidades médicas (APICE 2014). Es por esto que parece de suma importancia la sistematización del saber en esta área de la psiquiatría, tanto como una subespecialidad formal, así como en contenidos mínimos para la formación de psiquiatras generales. En esta línea nos parece muy destacable que desde el año 2016 en Chile se cuente con el primer programa acreditado por una Universidad para la formación de subespecialistas en el área (11).

La alta relevancia de esta subespecialidad es demostrable desde variadas razones como la alta morbilidad psiquiátrica en ingresos al hospital general, con tasas que alcanzan entre el 27.2% (12) y 38.7% de los pacientes (13,14). Se estima que idealmente debería atenderse al 10% de los pacientes por parte del equipo PEMP, pero la evaluación en interconsulta se encontraría por debajo de este: entre el 1.4 y el 3% de los usuarios ingresados (15) (Figura 1). En un importante estudio realizado en el Reino Unido se estudiaron las razones con que eran referidos los pacientes médicamente enfermos a los servicios de Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática dentro de las que aparecen causas como el delirium y la demencia así como riesgo en intento suicida, trastornos afectivos, abuso

FIGURA 1 Morbilidad Psiquiátrica Hospital e Interconsulta PEMP



Fuente: ECLW

de sustancias y antecedentes psiquiátricos mayores. (Figura 2) (16, 17).

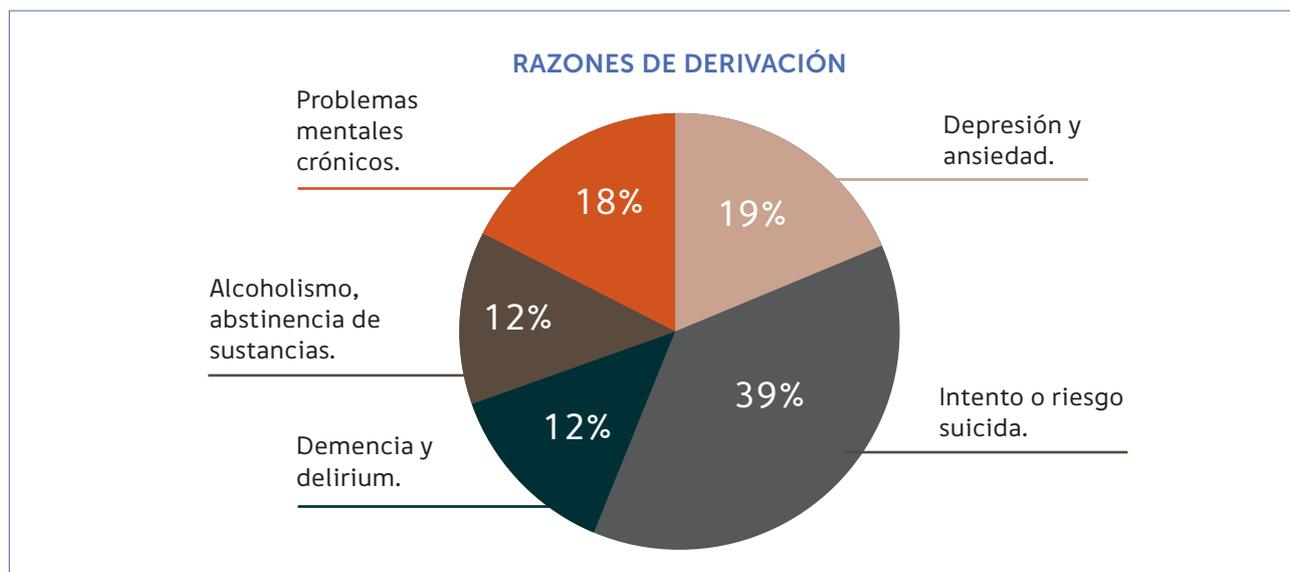
Profundizando en esto, uno de los focos de los equipos de trabajo, y una causa frecuente de solicitud de evaluación, está puesto en los llamados pacientes complejos o grandes consumidores de recursos. De ellos, los que tienen un diagnóstico psiquiátrico comórbido se encuentran sobrerrepresentados, recopilándose de que la estadía en el hospital general de un paciente con una comorbilidad psiquiátrica es 2,5 veces mayor a sus pares sin dichos diagnósticos (18). Se ha demostrado que diagnósticos de manejo psiquiátrico, como el caso del delirium, aumentan morbi-mortalidad y costos para el hospital que duplican a los que no padecen este trastorno (19, 20). Subrayando esto, podemos hacer mención de que ya existen publicaciones sobre implementación de modelos de gestión y atención clínica en psiquiatría de enlace

que muestran, como tendencia, que una adecuada implementación puede resultar costo-efectiva y repercutir en una disminución de las estadías hospitalarias (21); justificación fundamental para la inversión en salud.

En este punto, es de hacer notar que el área de acción del especialista en psiquiatría de enlace y medicina psicosomática traspasa los límites de las intervenciones vinculadas al diagnósticos del trastorno psiquiátrico, lo que hace que su rol sea apreciado y valorado por los demás miembros del equipo de salud. Con foco en la continuidad de cuidados, la PEMP debe hacerse partícipe de la rehabilitación y reinserción social del paciente, por lo cual trabaja de la mano con kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales que brindan atenciones al medicamento enfermo con requerimientos de salud mental. Al hablar del paciente "clásicamente somático", la PEMP utiliza herramientas de la psicología de la salud, teniendo en cuenta el cambio epidemiológico hacia la cronicidad en la medicina, para abordar temas como adherencia, alimentación y vida saludable, vivencia del enfermar, calidad de vida y aspectos psicológicos que influyan en la salud como un todo. Para los equipos médicos, el poder contar con un especialista en PEMP permite el correcto abordaje de pacientes con diagnósticos psiquiátricos que se transforman en grandes consumidores de recursos durante su estadía, como puede resultar en el caso de pacientes con síntomas no explicados, hospitalizaciones médicas por intento de suicidio; así como también la participación en lo relativo a la problemática que emerge en la toma de consentimiento, evaluación de capacidad y toma de decisiones en materias vinculadas a la salud.

Si bien, el marco teórico y la evidencia empírica que sustenta el

FIGURA 2. Razones de Derivación a PEMP



Fuente: No Health Without Mental Health - <http://dbgov.uk/health/2011/07/mental-health-strategy/Faculty of liaison psychiatry> <http://www.rapsych.ac.uk/specialities/faculties/alson.asp>

desarrollo de unidades de Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática es amplio, en Chile, la instalación de políticas públicas en pro de la Salud Mental es más bien reciente. Un afortunado progreso en este ámbito es la inclusión de diagnósticos psiquiátricos dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), donde se fijan los mínimos para el abordaje de algunos diagnósticos de Trastornos Mentales de Alta Prevalencia. Más aún, la labor de la psiquiatría de enlace se manifiesta de forma casi explícita en guías y protocolos de atención, también dentro de la normativa GES, en el caso de patologías y condiciones somáticas en las que se requieren intervenciones y evaluaciones por parte del psiquiatra: personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, evaluaciones en relación a trasplante, cirugía metabólica, atención a pacientes con patología oncológica, por nombrar algunos.

Del punto de vista del contexto en que nos desenvolvemos, el Plan Nacional de Salud Mental gira sobre la base de la participación de equipos en la comunidad así como a la psiquiatría en el hospital general, manifestándose la necesidad del enlace con los distintos niveles, desde la Atención Primaria en Salud hasta los complejos

Hospitales de Referencia Nacional. Pese a esto, la implementación de dichas políticas es dispar a lo largo de Chile, por lo que esperamos que una pronta instalación de una Ley de Salud Mental traiga consigo estrategias que permitan garantizar el financiamiento, disminuir las brechas de acceso y promover y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, la historia de la Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática a avanzado a pasos agigantados durante el siglo recién pasado y las décadas de este que comienza. El conocimiento acumulado es contundente y su implementación resulta beneficiosa para los equipos de salud y para su objetivo último: el bienestar de nuestros pacientes. Es por esto que resulta imperiosa la necesidad de homogenizar los contenidos de esta área de la psiquiatría en el desarrollo de programas de formación de especialistas, así como la formación de líderes que permitan generar polos de conocimiento y progreso en esta fascinante subespecialidad.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leigh H. Nature and Evolution of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine. In: Leigh H, Streltzer J, editors. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2nd ed. Heidelberg: Springer, 2015.
2. Lipsitt DR. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry*. 2003;2(2):87-92.
3. Steinberg H. The birth of the word "psychosomatic" in medical literature by Johann Christian August Heinroth. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2007;75: 413-7.
4. Billings E. Teaching psychiatry in the medical school general hospital. *JAMA* 1936; 107: 635-9.
5. Babaliogu M, Letter to the Editor: Brief History of Consultation-Liaison Psychiatry, Its Current Status And Training In Modern Psychiatry: A Perspective From The United States. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2016; Vol.27(4), p.290
6. Aitken P, Lloyd G, Mayou R, Bass C, & Sharpe M. A history of liaison psychiatry in the UK. *BJPsych Bulletin* (2016), 40, 199-203
7. Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsoz CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2004;28(1):4-11
8. González M, Calderón J, Olguín P, Flores JL, Ramírez S. In the general hospital: A doctors' perception survey. *The European Journal of Psychiatry*. 2006;20(4):224-230.
9. Torres R, Sepúlveda R. Monografía, *Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile. Curso de educación continua Gestión en psiquiatría y salud mental, Universidad de Santiago*. 2001.
10. González M, Calderón J. Programa de especialidad médica en psiquiatría de enlace y medicina psicosomática. Dirección de Posgrado, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2015.
11. Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría. Chile. Ministerio de Salud. 2002. 23p.
12. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*. 1996;184(1):43-51.
13. Wise MG, Rundell JR, Publishing AP. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill*. American Psychiatric Pub.; 2002.
14. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M, Sondergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *Journal of psychosomatic research*. 2001;50(4):199-204.
15. Sauté AL. Gestión Diaria del Hospital. In: MA Asenjo LB, A Trilla y A Prat, ed. Barcelona: Masson; 2001.
16. No Health Without Mental Health: a cross-government outcomes strategy. GOVUK 2011. <http://www.dh.gov.uk/health/2011/07/mental-health-strategy/>
17. Faculty of Liaison Psychiatry [Internet]. Royal College of Psychiatrist. 2017. Available from: <http://www.rcpsych.ac.uk/specialties/faculties/liaison.aspx>
18. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General hospital psychiatry*. 2001;23(3):124-132.
19. González M, Martínez G, Calderón J, et al. Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: a prospective cohort study. *Psychosomatics*. 2009;50(3):234-238.
20. Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarroel L, Marín PP, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes. *Revista médica de Chile*. 2012;140:847-852.
21. Wood R, Wand APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. Vol. 76, *Journal of Psychosomatic Research*. Elsevier B.V.; 2014. p. 175-92.

INTERCONSULTA BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

ETHICS CONSULTATION AND LIAISON PSYCHIATRY

DR. ALEJANDRO KOPPMANN (1)

(1) Psiquiatra, Magíster en Bioética y Magíster en Derecho Sanitario. Presidente del Comité de Ética Asistencial, Clínica Alemana de Santiago, Chile.

Email: akoppmann@alemana.cl

RESUMEN

El presente artículo revisa los principales aspectos relativos a las características de la bioética, los Comités de Ética Asistencial y los consultores éticos en su trabajo al interior de un hospital general, así como algunos propios de la psiquiatría de enlace. Se describen aspectos de coincidencia, diferencias y potenciación, así como también se establecen los límites y roles de cada disciplina. Se destacan aspectos educativos en la formación profesional en ambas áreas.

Palabras clave: Comités de ética asistencial, consultor ético, psiquiatría de enlace.

SUMMARY

In this article, we review the main aspects related to bioethics, Health Care Ethics Committees and the work of ethics consultants within general hospitals, as well as that of the liaison psychiatry. Common aspects, main differences and synergies are described along with the limits and roles of each discipline. Educational aspects for professional training are discussed for both the ethics and the psychiatry components.

Key words: Ethics committees, ethics consultant, liaison psychiatry.

INTRODUCCIÓN

En el centro de la actividad médica siempre está el paciente, sin embargo, dadas las características de la práctica médica actual en el mundo occidental, este foco tiende a fraccionarse, diluirse y tensionarse por distintas razones:

-Especialización y sub especialización de la medicina.

-Avances tecnológicos y nuevas fronteras tanto al inicio como al término de la vida.

-Cambios en la expectativa de vida y en la concepción de procesos naturales como el envejecimiento.

-Irrupción de la genética y cambios en la manera de clasificar y entender las enfermedades, cambios en el estilo de la relación médico paciente.

-Rol de los aseguradores, estandarización de la práctica mediante el uso de guías y protocolos, judicialización de la actividad médica.

-Expectativas del mercado asociadas a la salud y competencia entre distintos actores del sistema incluidas las compañías farmacéuticas y los aseguradores.

La formación de equipos de trabajo y la incorporación de diferentes perspectivas surge como un intento por considerar estos aspectos de la práctica médica sin perder de vista el foco del trabajo centrado en el paciente y sus necesidades potenciándose en el enfrentamiento y la resolución de situaciones cada vez más complejas y demandantes.

CARACTERÍSTICAS DE LA BIOÉTICA, LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA) Y LOS CONSULTORES ÉTICOS

Se entiende la ética como una rama de la filosofía moral que se ocupa de estudio sistemático de los principios morales y valores personales o sociales y las bases sobre si una conducta es correcta o no.

Existen distintos tipos de ética, por ejemplo normativa, aplicada, religiosa, utilitarista, profesional y la bioética ocupada de las conductas de los actores involucrados en ciencias relacionadas con la vida. Entre ellas, es posible distinguir la llamada bioética personal centrada en la dignidad y el valor de

cada persona, social centrada en la justicia, las condiciones de vida de las personas y los derechos humanos, civil en busca de bases mínimas que sustenten la convivencia entre personas y la bioética clínica, centro del presente artículo.

Tradicionalmente se señalan los juicios de Nuremberg, tras la Segunda Guerra Mundial, como el inicio de una nueva época en relación a los derechos de los pacientes mediante la elaboración de una serie de reglas y principios para lo que llamamos hoy el consentimiento informado así como también en orientaciones y normas éticas recogidas por la Asociación Médica Mundial (1)

Es a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta cuando, dado el avance tecnológico y la creación de nuevas realidades clínicas, la judicialización de la actividad y los errores médicos, en paralelo a la creciente fuerza de los movimientos sociales en favor de los derechos civiles, hacen necesario replantear la relación médico-paciente tradicional, asimétrica y paternalista en busca de una más colaborativa y respetuosa de los derechos de las personas.

Es en ese contexto que surgen iniciativas como las de Daniel Callahan quien funda el *Hastings Center* en 1969 sentando las bases para el estudio sistemático de temas éticos en la práctica médica y el establecimiento de una disciplina que, más adelante, Potter (2) llamaría Bioética en 1971 y que André Heeleger y su grupo enriquecerían con los aportes de una mirada católica y universitaria a través de la creación del *Kennedy Institute of Ethics* en la Universidad de Georgetown y que Tom L. Beauchamp y James F. Childress cristalizan en su obra *Principles of Biomedical Ethics* en 1979 proponiendo el sistema de los cuatro principios básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia como ejes centrales del análisis de los problemas éticos en medicina (3).

Los cuatro principios pueden resumirse del siguiente modo:

1. Autonomía: Se trata de conocer siempre y respetar la voluntad del paciente cuando ésta existe o inferirla con sus familiares y cercanos cuando este no pueda manifestarla, así como respetarla en caso que el paciente se encuentre transitoria o definitivamente impedido de emitirla. En psiquiatría esto es particularmente relevante y da origen frecuente a temas relativos a evaluación de competencia o capacidad en la toma de decisiones.

2. Beneficencia: Buscar siempre lo mejor para el enfermo en esa situación y ese momento determinado a la luz de sus creencias, sistema de valores, balance costo versus beneficio, expectativas realistas, características y pronóstico de la patología y buscando mejorar cuando esto es posible, cuidar y contener si la curación no es posible. Así entendido, dejar de hacer algo, puede también ser una forma de beneficencia.

3. No maleficencia: No dañar directa ni indirectamente al paciente mediante aquella acción u omisión de un procedimiento o tratamiento que no esté adecuadamente respaldado en el beneficio potencial que lo justifica.

4. Justicia: Se trata de dar a cada quien lo necesario de acuerdo a los principios de la llamada justicia distributiva que busca precisamente la equitativa distribución de cargas y beneficios en la sociedad de manera tal que los bienes sociales se reparten, pero también las responsabilidades. En salud esto adquiere particular relevancia con el uso de los recursos económicos siempre escasos.

El mayor valor de la propuesta de Beauchamp y Childress es que sus principios, que se enmarcan en la llamada filosofía práctica, buscan establecer acuerdos racionales entre personas muy diversas, con sistemas valóricos y creencias distintas propias de una sociedad plural como la que hoy vivimos.

La bioética permite entonces el cambio desde un sistema normativo y deontológico propio de los códigos de ética profesional médicos a una perspectiva más inclusiva y dialogante no solo del ámbito médico sino interdisciplinar y más acorde con la diversidad de sistemas valóricos y perspectivas de cada época y cultura.

Lo anterior en busca de un cierto acuerdo moral entre los distintos actores mediante la fuerza y ponderación de cada uno de los argumentos orientados hacia la toma de decisiones en salud.

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Tradicionalmente los aspectos éticos en salud se trabajan al interior de las instituciones y hospitales en los llamados **Comités de Ética Asistencial (CEA)** y los relativos a innovación e investigación en aquellos dedicados a la **Ética de la Investigación**.

En los últimos años y como complemento de la actividad de los CEA surgen los sistemas de Consultoría en Bioética cuyas características también analizaremos más adelante (4).

En el caso de los CEA estos son definidos por la UNESCO como aquel grupo de personas que *"aborda sistemáticamente las dimensiones éticas de las ciencias de la salud, las ciencias biomédicas, las políticas de salud y los casos clínicos complejos"*

Según la legislación chilena vigente los CEA *"son órganos colegiados de deliberación de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en torno a ella"* (5).

Más allá de las definiciones hay cierta coincidencia en cuanto a considerar como funciones básicas de estos comités la labor consultiva y de asesoría en relación a la toma de decisiones complejas en casos clínicos. También tienen una labor educativa en temas relativos a la bioética al interior de una institución de salud y la labor normativa mediante la identificación de problemas y eventuales soluciones propuestas hacia las respectivas direcciones hospitalarias en cuanto a normativa interna o cambios en la manera de hacer ciertas cosas.

Los CEA reúnen a un grupo variado de participantes en busca de una mirada amplia e idealmente interdisciplinaria y en Chile deben incluir al menos tres profesionales de la salud, no exclusivamente médicos, un miembro de la comunidad y un abogado. Todos deberán contar con formación en bioética (6).

El análisis de los casos puestos a consideración del Comité puede seguir el método llamado deliberativo que intenta, según palabras de Diego Gracia, reflexionar sobre los hechos en busca de reducir la incertidumbre hasta límites prudentes o razonables (7).

La exposición de un problema ético clínico, la identificación de los hechos, valores y deberes involucrados, así como la reflexión sobre los distintos puntos de vista existentes, sin duda enriquecen la discusión de cada caso y permite la elaboración de recomendaciones sobre los cursos de acciones posibles a menudo prudentes y útiles (8).

Junto con lo anterior, existen otros métodos que permiten este análisis y que pueden complementarse e incorporarse a la deliberación antes propuesta y que analizan lo que Jonsen (9) llama el método de las cuatro cajas y cuyo modelo sirve para el análisis ético de casos clínicos (10):

a) Indicaciones médicas: Incluyen el o los diagnósticos involucrados, curso agudo o crónico y pronóstico, objetivos del tratamiento, alternativas, beneficio para el paciente y control de daño potencial.

b) Preferencias del paciente: Se debe conocer cuáles han sido las opiniones del paciente, si éste maneja la información adecuada sobre su situación, si entiende y ha consentido en recibir un tratamiento en particular, si es capaz, si existe subrogante, si se niega o no coopera y cuál es la opinión de su familia.

c) Calidad de vida: En este aspecto nos interesa conocer la probabilidad del paciente de recuperar su calidad de vida anterior con y sin tratamiento, si existe sesgo en la evaluación de la calidad de vida por parte de los profesionales involucrados, cuáles son los déficits mentales o físicos que pueden existir luego del tratamiento, si hay planes para limitar tratamiento o si existen alternativas paliativas.

d) Contexto: Se deben revisar aspectos familiares, médicos, económicos, religiosos culturales, legales o conflicto de interés asociados a la decisión y que puedan interferir en ella.

El siguiente esquema propone combinar el método deliberativo de las cuatro cajas en una pauta de análisis de casos clínicos para el trabajo de los Comités de Ética Asistencial:

1. Hechos: Historia clínica, diagnóstico y visión del pronóstico, calidad de vida, opinión del paciente y de su familia, situaciones del contexto.

2. Valores: Problema ético principal, otros problemas éticos del caso, valores y principios involucrados.

3. Deberes: Cursos de acción posibles, elegir un curso de acción, fundamentar la elección, hacer la recomendación.

Si bien es cierto, las recomendaciones de los CEA no son vinculantes, estas suelen estar en la base de decisiones complejas. Si el Comité es consultado de manera oficial se sugiere que dichas indicaciones queden registradas en la ficha clínica del paciente (11).

CONSULTORES ÉTICO CLÍNICOS

Muchas son las fuentes potenciales de problemas que podrían requerir de consulta ética tales como un quiebre en la comunicación entre el paciente o su representante y el equipo tratante o cuando dos cursos de acción pueden ser defendibles e involucran alguno de los cuatro principios señalados o entre los principios y el pronóstico del paciente.

Un viejo aforismo médico dice que si bien los problemas éticos existen y son frecuentes en la práctica diaria las consultas a los CEA suelen ser escasas (12).

Las razones para esta baja tasa de consultas van desde la dificultad para reunir de manera ágil un grupo elevado de personas, la necesidad de preparar y presentar dicho problema al Comité destinando a ello un tiempo siempre escaso y la incomodidad o el temor de los profesionales a sentirse juzgados en sus decisiones respecto de ese caso en particular.

Es en este contexto, que surge la alternativa de los consultores éticos, que permiten desarrollar de manera más rápida y directa, junto a la cama del enfermo, las reflexiones éticas de ese caso indicando los posibles cursos de acción.

Ya en el año 2000 el 81% de los hospitales en EE.UU. contaban con un sistema de Consultoría Ética y ese año la *American Society of Bioethics and Humanities* (ASBH) publica su primera guía sobre las competencias necesarias para consultores en ética clínica, con una 2ª edición en 2011(13).

La ASBH define la consultoría ética como un servicio, prestado por una o un grupo de personas, en respuesta a las inquietudes del paciente, su familia, el subrogante o alguno de los miembros del equipo de salud frente incertezas o a un conflicto de valores en torno a una decisión concerniente su manejo de salud.

El objetivo de la consultoría es mejorar la calidad de la atención en salud identificando, analizando y proponiendo cursos de acción posibles para enfrentar los problemas éticos que puedan asociarse a esa situación clínica en particular. La consultoría ética, como cualquier otra interconsulta, responde a un problema específico y su foco puede estar en cualquiera de los aspectos ya señalados.

A continuación, se describen los principales conocimientos, habilidades y atributos requeridos para un consultor ético:

A. Conocimientos:

- Teoría ética general
- Modelos de razonamiento moral
- Conceptos y aspectos de bioética
- Información sobre política y sistema sanitario local
- Consensos clínicos relativos a los principales problemas ético-clínicos
- Códigos de ética
- Legislación sanitaria vigente

B. Habilidades

1. Habilidades de evaluación y análisis

- Identificar y analizar los valores en conflicto.
- Identificar la información relevante, los valores, creencias y prejuicios.
- Aplicar conocimientos bioéticos.

2. Habilidades de procesamiento

- Decantar la pregunta y ajustar expectativas.
- Organizar y facilitar encuentros entre los distintos actores (paciente, familia y equipo tratante).
- Reconocer las creencias y tensiones implícitas que subyacen al problema.

3. Habilidades interpersonales

- Escuchar y facilitar la expresión de ideas, temores o creencias.
- Comunicación respetuosa, comprensiva y empática.
- Permitir la expresión de los puntos de vista morales involucrados.
- Permitir una comunicación efectiva

C. Atributos

- Tolerancia, paciencia y compasión.
- Honestidad, transparencia y autoconocimiento.
- Coraje.
- Prudencia y humildad.

- Liderazgo.
- Integridad.

La consultoría ética debe quedar registrada en la ficha clínica, ser conocida y estar disponible para todo el equipo tratante. Existen distintos modelos de consultoría y muchas veces el consultor puede actuar adicionalmente como un mediador o facilitador entre las distintas partes involucradas en un conflicto para decidir.

Como señala Beca (14) entre los objetivos de la consultoría está el que permite identificar y analizar los problemas éticos de los casos indicados, anticipar o resolver conflictos, ayudar a manejar y disminuir el estrés moral de profesionales, cuidadores y familiares y orientar mediante las resoluciones propuestas.

Entre sus principales ventajas la consultoría aporta rapidez y eficiencia a la resolución de problemas ético-clínicos, permite identificar y anticipar dificultades cuando el consultor es integrado de manera rutinaria a las visitas generales del servicio y va progresivamente educando a su entorno en las materias que le competen, así como también puede ir recibiendo elementos que le ayuden en la identificación de posibles problemas en la evolución de aquellos pacientes.

En aquellos centros en que se cuenta con más de un consultor estos pueden incluso ofrecer cobertura amplia y permanente mediante un sistema de turnos.

Entre las principales críticas que se hacen al modelo de consultoría en oposición al de los CEA es que al ser solo un consultor estas recomendaciones son "observador dependiente" y están por tanto influidas por el estilo y la especialidad del consultor (15), así como también pueden carecer de una adecuada deliberación propia del trabajo de los CEA.

Los modelos de aproximación clínica de cada consultor pueden revisarse en la literatura especializada y están definidos ya sea por sus objetivos, su método o los estilos del consultor e incluyen roles como facilitador en la toma de decisiones, defensor del paciente, experto moral, y mediación entre el paciente y su entorno clínico o familiar o entre estos últimos. (16) En París, Fournier y su grupo defienden una postura llamada de compromiso y que implica el seguimiento y la continuidad en la atención del paciente desde el momento en que el consultor es llamado hasta el egreso o incluso la evolución y el fallecimiento del paciente pasando a ser uno más del equipo tratante (17).

En ciertos aspectos este rol es muy parecido al de la psiquiatría de enlace.

Está claro que este nivel de exposición debe incluir una adecuada capacidad de distanciamiento y límites que protejan la salud del

consultor, así como la calidad de su trabajo. Algunos autores han estudiado el rol de los mecanismos de defensa en el trabajo del consultor y su rol en la capacidad para identificar o no determinados problemas, seleccionar algunos hechos relevantes de la historia del paciente por encima de otros e influir en la comunicación efectiva del problema (18).

En Chile contamos con experiencias de este tipo desde hace algunos años (14) y sus resultados en Unidades de Cuidado Intensivo han sido ampliamente comunicadas siendo sus principales temas los siguientes: limitación del esfuerzo terapéutico, proporcionalidad, muerte digna, anticipación de conductas o voluntades anticipadas, autonomía y subrogación y justicia.

Los problemas indicados incluyen reflexión y análisis con el paciente, si esto es posible, con su familia y con el médico intensivista o su médico tratante y consideran materias muy sensibles y complejas como la suspensión de la ventilación mecánica, falta de anticipación de conductas, desconocimiento de la voluntad del paciente o discrepancias entre el equipo y la familia. También es frecuente que el consultor deba enfrentarse a temas relativos a definir la capacidad del enfermo para tomar sus propias decisiones, así como la identificación de un subrogante o representante adecuado.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE E INTERCONSULTAS EN EL HOSPITAL GENERAL Y ASPECTOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA

Tradicionalmente se ha descrito a la psiquiatría de enlace como aquella sub especialidad de la psiquiatría dedicada al diagnóstico, el tratamiento y la prevención de aquellos aspectos propios de la patología mental en el contexto de un hospital general ya sea de patología médica en pacientes con patología psiquiátrica aguda o crónica como de las manifestaciones psiquiátricas de algunas enfermedades médicas.

Desde hace algunos años la actividad de la llamada medicina psicosomática y la psiquiatría han permitido el reconocimiento de esta actividad como una nueva subespecialidad de la médica, la medicina psicosomática, preocupada además de los aspectos psicosociales de la enfermedad, su aparición y curso (19).

Los focos de acción de la psiquiatría de enlace son el paciente en primer lugar, sin embargo, debe prestar atención también al entorno del mismo, es decir la familia, los cuidadores o representantes y al equipo médico. En todos ellos pueden existir aspectos susceptibles de intervención, facilitación de la comunicación o manejo.

Se ha diferenciado la interconsulta psiquiátrica, es decir aquella respuesta concreta ante una pregunta específica que normal-

mente va destinada al profesional que la solicita y que dice relación con el diagnóstico y manejo de una patología ajena a su especialidad o el uso de un fármaco en particular con la psiquiatría de enlace que implica trabajo conjunto en áreas de interés común es decir cuyos límites no pertenecen a una especialidad particular tal y como ocurre, por ejemplo, en el dolor crónico, los trastornos alimentarios, los problemas de fertilidad o la oncología.

El trabajo del psiquiatra de enlace es un trabajo de interfase. El psiquiatra mantener adecuado equilibrio entre las demandas técnicas de los otros profesionales de la salud, la familia y el propio paciente. Además, debe hacerse cargo del estigma que la salud mental tiene en un ambiente no psiquiátrico y muchas veces proveer cuidados a pacientes psicóticos, suicidales o dependientes en contextos médicos y espacios físicos ajenos a la especialidad.

Esta tensión requiere habilidades específicas, adecuados conocimientos médicos sobre la patología de base o asociada, los fármacos en uso y sus interacciones con otros medicamentos en uso, capacidad de liderazgo y flexibilidad.

Como se ha visto, muchas de las habilidades descritas previamente para un consultor ético, son también deseables en un psiquiatra que trabaje en un hospital general.

ASPECTOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA

Desde un punto de vista ético y de acuerdo con la Declaración de Hawai en 1975, Viena en 1983 y Madrid en 1996 (20) el objetivo de la disciplina es promover la salud, la autonomía y el desarrollo del paciente.

La relación terapéutica entre un psiquiatra y su paciente debe considerar el debido respeto a la confidencialidad, cooperación y responsabilidad mutua en el contexto de la mejor terapia disponible para cada caso en particular. La elección de cada tratamiento debe contar con el adecuado proceso de información sobre las características del mismo, sus alternativas y consecuencias de hacer o no hacer respetando siempre la capacidad de decidir del propio paciente.

Deben evitarse en lo posible medidas forzosas o contra la voluntad de los pacientes y siempre con un consentimiento informado de un familiar o de quien actúe como responsable o cuidador.

El psiquiatra no puede aprovecharse de su posición dentro de la relación abusando de la vulnerabilidad de su paciente y toda la información recogida durante el proceso terapéutico está protegida por la confidencialidad propia del secreto médico.

De acuerdo a esto, los principales aspectos relativos a la psiquiatría y la ética pueden resumirse del siguiente modo (21):

a) Diagnóstico: Dada la naturaleza del trabajo en salud mental no siempre el diagnóstico se restringe al modelo médico tradicional incorporándose en este proceso factores genéticos, biológicos, de género, psicológicos, sociales, culturales y propios de la etapa del desarrollo. Integrarlos y balancearlos de manera adecuada es un desafío constante.

b) Estigmatización: Propia de factores culturales que relacionan la patología mental con juicios valóricos sobre los pacientes, sus familias o el personal sanitario que trabaja en esta área.

c) Confidencialidad: Propia de toda la medicina, pero, particularmente relevante en el caso de la salud mental tanto por la necesidad de crear una relación de confianza y trabajo colaborativo entre el paciente y su terapeuta como por las implicancias legales, sociales y financieras asociadas al estigma

d) Capacidad: Relevante en el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones en salud.

e) Justicia: Relativa al adecuado trato y acceso a la atención de poblaciones particularmente vulnerables.

f) Internación y tratamientos voluntarios e involuntarios: Definiendo claramente el propósito, la utilidad y la duración de los mismos centrándose exclusivamente en fines clínicos de diagnóstico, protección personal o del entorno y manejo de la emergencia.

ASPECTOS DE COINCIDENCIA, SINERGIA Y DIFERENCIAS

Entre las razones que la ley 20584 relativa a los deberes y derechos de los pacientes considera necesaria la consulta al Comité de Ética Asistencial se consideran aquellos aspectos relativos a la capacidad del paciente para tomar decisiones (22):

Artículo 17.- En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.

Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.

Artículo 18.- En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere

interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa.

De acuerdo a esto, la determinación de la capacidad de decidir es una materia de encuentro frecuente entre ambas disciplinas. La evaluación es tarea del psiquiatra de enlace quien debe considerar que, de acuerdo con la observación hecha por Faden y Beauchamp (23), una decisión es autónoma cuando se ejecuta con intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo.

Muchas veces privilegiar la autonomía del paciente puede poner en riesgo la beneficencia de dicha acción. Nuevamente es el psiquiatra quien ayudará a evaluar adecuadamente los mecanismos por los cuales ese paciente en esa situación determinada ha decidido ese curso de acción.

Una ayuda en esta materia es usar los tradicionales criterios de Appelbaum y Grisso (24) relativos a los criterios de capacidad:

- El paciente comprende la información que se le brinda referida al diagnóstico, exámenes y procedimientos requeridos así como el tratamiento propuesto.
- El paciente es capaz de apreciar la situación global en que se encuentra.
- El paciente usa la razón para decidir.
- El paciente comunica su decisión.

LÍMITES Y PROYECCIONES

Tanto desde la perspectiva de la bioética como de la salud mental la enfermedad es considerada no solamente como una alteración orgánica, sino como un episodio en la biografía del enfermo y de su entorno cercano.

Considerar la natural fragilidad del ser humano, asumir el envejecimiento como un proceso natural y no como patología, ayudar a las personas a dar el máximo de sus capacidades en función de cumplir con sus objetivos globales aun cuando aquello implique postergar ciertas áreas para favorecer otras, asumir la vida completa con alegrías y frustraciones, esperanza y decepción, paz y angustia, tener expectativas realistas y estilos flexibles de enfrentamiento de las diferentes situaciones son tareas de promoción y cuidado de la salud en nuestra época.

Incluir aspectos éticos en los programas de formación de especialistas y sub especialistas en salud mental y desarrollar adecuadas capacidades de empatía, habilidades comunicativas

y autocuidado son también necesarias en la de los consultores éticos.

No son labores propias de la psiquiatría de enlace ni de la consultoría ética las intervenciones en conflictos familiares profundos y prolongados que acompañan a los pacientes a su ingreso al hospital sino más bien ayudar a focalizar el trabajo en el bienestar del paciente en ese momento.

Tampoco son roles propios actividades de orientación social o relativas a beneficios económicos derivados de la enfermedad.

El rol del consultor como parte comprometida del equipo tratante luego del alta del paciente debe estudiarse y manejarse con cuidado dada la exposición y desgaste que implica esta función para quien no tiene las adecuadas competencias y entrenamiento.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vollmann J, Winau R; *Informed Consent in human experimentation before the Nuremberg code. BMJ.* 1996 Dec 7; 313 (7070): 1445-1449
- Potter VR. *Bioethics: a bridge to the future: New Jersey, EE.UU.;* Prentice Hall, 1971.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics 1 ed. New York; Oxford University Press, 1979 (4 ed., 1994)*
- Hormazábal, Gonzalo; Koppmann, Alejandro. *Bioética: Historia, perspectivas y límites. Contacto Científico, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2015. ISSN 0719-045X. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/165>. Fecha de acceso: 28 mayo 2017*
- Unesco. *Guía N° 1 Creación de Comités de Bioética [Internet]. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2005 Accesible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf> Fecha de acceso 13 de Junio de 2017*
- Reglamento para la constitución funcionamiento de los comités de ética asistencial N° 62 MINSAL Chile. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/cff302521fff8efc5e040010164012b09.pdf> Fecha de acceso 25 de Mayo de 2017.
- Gracia D, *La deliberación moral, el método de la ética clínica. Revista Medicina Clínica Vol 117 N° 1 Enero 2001 Accesible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-deliberacion-moral-el-metodo-S0025775301719987> Fecha de acceso 13 de Junio de 2017.*
- Gracia D. *Teoría y práctica de la deliberación moral: en :Feito L, Gracia D, Sánchez M; Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Tricastela, 2011; c: 101-54.*
- Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W. *Clinical Ethics, 4th Ed. McGraw Hill, New York, 1998.*
- De los Reyes M, Rubio JM. "Metodología de análisis de casos clínicos: procedimientos y deliberación". En *Bioética y Pediatría, Proyectos de vida plena. De los Reyes y Sánchez Ed., Ergon, Madrid, 2010.*
- Couceiro A., Beca J.P. *Los Comités de Ética Asistencial y las Repercusiones Jurídicas de sus Resoluciones. RevMed Chile 2005; 134: 517-519*
- Under what circumstances should I call the ethics consultant/service? Ethics in Medicine. University of Washington School of Medicine. Accesible en <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/ethics.html> Fecha de acceso 4 de Junio de 2017.*
- Core Competencies in Healthcare Ethics Consultation, American Society for Bioethics and Humanities 2nd Edition 2011*
- Beca J.P., Koppmann A., Chávez P., Delgado I., Solar S. *Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. Revista Médica de Chile 2010; 138: 815-820.*
- Beca J.P. *Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. Bioética & Debate 2008; 14 (45): 1-5*
- Romano M.E; Wahlander S.T; Lang B.H; Li G; Prager K.M; *Mandatory ethics consultation policy. Mayo ClinProc July 2009; 84 (7): 581-585*
- Fournier V; Spranzi M; Foureur N; Brunet L; *The Commitment Model for Clinical Ethics consultation: Society's involvement in the solution of individual cases: The Journal of Clinical Ethics 26, n° 4 (Winter 2015) : pp 286-96.*
- Agich G J; *Defense mechanisms in ethics consultation. HEC Forum (2011) 23: 269-279.*
- Stern T.A, Friccione G.L, Rossenbaum J.F; *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 6th Edition Elsevier, USA, 2010*
- World Psychiatric Association (WPA) *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice Accesible en http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48 Fecha de acceso 11 de Junio de 2017.*
- Ética y psiquiatría. Koppmann A, En Bioética Clínica, capítulo 42 Beca, JP; Astete, C. Ed. Mediterraneo 543-555. 2012.*
- Ley 20.584 Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud; Atención en Salud; Accesible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348> Fecha de acceso 11 de Junio de 2017*
- Ruth R. Faden, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent Beauchamp Oxford University Press, Feb 27, 1986 - 408 pages*
- Appelbaum TS, Grisso T; *Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988 Dec 22; 319(25):1635-8.*

NIETZSCHE Y LA GENEALOGÍA DE LA MORAL

NIETZSCHE AND THE GENEALOGY OF MORALS

DR. OCTAVIO ROJAS (1), (2)

(1) Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Magíster en Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Email: orojas@clc.cl

RESUMEN

Este trabajo pretende lograr una aproximación meramente descriptiva a la obra de Nietzsche, específicamente de su texto "La genealogía de la Moral". El artículo mencionará además a algunos elementos de su biografía y algunas dificultades que se presentaron con la interpretación de sus textos en algunos momentos de la historia. Al autor le parece relevante contribuir a la difusión del pensamiento de este filósofo, entre psiquiatras, médicos y trabajadores de la salud. La vasta y fecunda obra del filósofo Friedrich Nietzsche (1844-1900) ha sido esquematizada con fines académicos en tres etapas. La genealogía de la moral forma parte de la última etapa creativa de Nietzsche. Fue un libro escrito en prosa, cuya intención fue realizar una aguda crítica a los postulados filosóficos tradicionales que han prevalecido en la moral y las creencias en el mundo occidental. Este filósofo desarrolla con estilo enérgico, reflexiones encaminadas a dismantelar prejuicios morales y valores que según él sostenía, representaban la crisis del pensamiento filosófico existente. Es una invitación a la duda y al cuestionamiento de la moral occidental, partiendo por el uso dado, hasta ese momento, del concepto de genealogía.

Palabras clave: Genealogía, moral, filosofía, valores.

SUMMARY

This paper aims to achieve a purely descriptive approach to Nietzsche's work, specifically his text The Genealogy of Morals. It refers also to some elements of his biography and some difficulties that came with the interpretation of his texts at some point in history. It seems relevant to us to contribute to the dissemination of this philosopher's

thinking among psychiatrists, doctors and health workers. The vast and fruitful work of the philosopher Friedrich Nietzsche has been schematized for academic purposes in three stages. The genealogy of morality is a part of the last creative stage of Nietzsche. It was a book written in prose, its intention was to make a sharp critique of the traditional philosophical theories that have prevailed in morals and beliefs in the Western world. This philosopher develops with energetic style, reflections aimed at dismantling moral prejudices and values that, according to him, represented the crisis of existing philosophical thought. It is an invitation to doubt and questioning of Western morality, starting with questioning the use given to the previous concept of genealogy. It appears in this work a change from the initial inclination for the interpretation of existence from the Greek tragic art towards science and reflection. A transformation from a tragic Pathos to an illustrated Pathos.

Key words: Genealogy, morality, philosophy, values.

INTRODUCCIÓN

En medio del proceso en que intentaba concebir *La voluntad de poder*, en el período comprendido entre los años 1885 y 1887; Nietzsche escribió "*Más allá del Bien y del Mal*", el libro V de "*La ciencia jovial*" y "*La genealogía de la moral*" (1). Si consideramos que tan solo en enero de 1889 enfermaba irreversiblemente y pasaría casi postrado durante una década hasta su fallecimiento en 1900, fue a todas luces un fecundo período para este filósofo. A pesar de que cuesta sistematizar su pensamiento, tal vez vinculado a sus oscilaciones anímicas o a cierta no estructuración en sus métodos de trabajo, las ideas expresadas en estos textos refuerzan lo planteado en los escritos previos: una crítica

a la moral, a la religión y al pensamiento filosófico precedente. Los escritos mencionados anteriormente, *"Más allá del Bien y del Mal"* y *"La genealogía de la moral"* junto con *"Consideraciones intempestivas"* y *"Ecce Homo"*; han sido caracterizados como la última etapa de creación de Nietzsche. La etapa previa, perteneciente al segundo período del pensamiento nietzscheano incluye a *"Humano, demasiado Humano, Aurora"* y *"La ciencia jovial"*: donde rompe abruptamente con sus primeros escritos de la llamada etapa juvenil de su pensamiento representados en *"El nacimiento de la tragedia"* en el espíritu de la música (2). A partir de este segundo período el acento no va a estar más en la metafísica del artista, profundizará en el concepto de decadencia, renunciará al ideal de un renacimiento de la cultura trágica y abordará las relaciones entre arte, ciencia y civilización.

Al parecer le era difícil mantener una rigurosa división entre sus textos o simplemente profundizaba sobre ideas previas. Incluso el proceso de gestación de los textos y de los títulos era por momentos impredecible. Al respecto José Jara, en el prólogo de la traducción que hizo de *La ciencia jovial "la gaya scienza"*, cuenta las vicisitudes en torno al título del mismo, el cual tuvo dos ediciones una de 1882 (*La ciencia jovial*) y otra de 1887 donde le agrega un prólogo, el libro V y además un subtítulo "de aire provenzal". Por este motivo José Jara mantuvo en su traducción del título *La ciencia jovial (la gaya scienza)* (3).

ELEMENTOS BIOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL PERÍODO PREVIO A LA GESTACIÓN DE LA GENEALOGÍA DE LA MORAL.

Friedrich Nietzsche nació el 15 de octubre del año 1844 en la ciudad de Röcken, Prusia. Perdió a su padre Ludwig, pastor protestante, a la edad de 5 años. Unos meses después de este hecho, en 1849, muere Joseph el hermano menor de Nietzsche. La infancia de Friedrich transcurrió entre su madre, su hermana Elisabeth, su abuela y dos tías (4,5). En 1858 ingresa en el exclusivo internado "Real Escuela Provincial de Pforta" donde aprendería griego, latín y hebreo (6). Estudió filología en Leipzig, y en esa ciudad se adentra en el mundo filosófico de Arthur Schopenhauer, figura de gran influencia en el pensamiento de Nietzsche (7). En abril de 1869 es nombrado catedrático de la Universidad de Basilea y entabla amistad con el músico Richard Wagner. Desarrolla una pasión por la obra de este músico, dándole una importancia de representación simbólica, de resumen de toda la cultura alemana. Establece una particular teoría equiparando la ópera de Wagner con los contenidos estéticos y simbólicos de la tragedia griega (2). Su obra *El nacimiento de la tragedia en el espíritu de la música* es un homenaje al impacto pasional que ejerció en él la figura del músico Richard Wagner. Posteriormente se produce en este filósofo una potente transformación intelectual, donde Nietzsche rechaza sus propias opiniones e ideas planteadas en *El nacimiento de la tragedia en el espíritu de la música*.

Ocurre su "rompimiento", "la despedida de sus ídolos y héroes de juventud". En palabras de Eugen Fink: *Nietzsche despierta ahora del sueño romántico de su veneración a los héroes; un viento más frío, más helado, sopla en torno a él* (8). A partir de este momento se inicia la segunda etapa creativa de este filósofo con la publicación en 1878 de *Humano, demasiado humano*. Abandona entonces la vida académica universitaria y durante unos meses, establece en 1882 una vida en comunidad con el poeta Paul Rée y la escritora Lou Andreas Salomé (4,9). Este contexto previo, de elementos biográficos conjugados con la transformación de sus ideas iniciales, es preciso tomarlo en consideración, para una mejor comprensión de las ideas vertidas en *La genealogía de la moral*.

BREVE CARACTERIZACIÓN DE "LA GENEALOGÍA DE LA MORAL"

Para Gilles Deleuze este es el libro más sistemático de Nietzsche, escrito en prosa, donde además ofrece pautas para la interpretación de aforismos (10). En el mismo prólogo Nietzsche aclara que el tercer tratado consistirá en la interpretación de un aforismo (11).

Consta de un prólogo y de tres tratados. El primero titulado "Bueno y malvado" y "bueno y malo"; el segundo denominado "Culpa", "mala conciencia" y similares y el tratado tercero ¿Qué significan los ideales ascéticos?

Fink divide estos tratados en tres partes temáticas. El primer tratado constituye una psicología del cristianismo, el segundo tratado representa una psicología de la conciencia moral y el último tratado una psicología del sacerdote al responder a la pregunta acerca del significado de los ideales ascéticos (12).

CONCEPTO DE GENEALOGÍA

Para Fink de lo que se trata este libro es de la "trasmutación de los valores" (12). Nietzsche se cuestiona de modo crítico las tesis filosóficas que han sostenido el mundo de los valores y de las creencias en occidente. A pesar de lo planteado acerca de la influencia de su accidentada biografía en su obra, es notable la perseverancia empleada en el uso de la crítica a lo establecido por el pensamiento filosófico previo. Un ejercicio de la crítica ejecutado de manera vigorosa, con el fin de dismantelar los prejuicios morales existentes. Para Deleuze el ejercicio de la crítica de Nietzsche incluye un elemento activo: es reflexión previa, denuncia resultante y propuesta; *"ataque y no venganza, acción y no reacción"* (13).

El problema de la genealogía no sólo remite al origen *per-se* de los valores, sino a todo lo involucrado con su creación misma. En el prólogo de *La genealogía de la moral* Nietzsche plantea: *... No nos hemos buscado nunca, ¿cómo iba a suceder que nos encontrásemos?* (11). Posteriormente a este cuestionamiento inicial nombra a Paul Rée, a Schopenhauer, a Platón y a otros filósofos

y propone: “finalmente se necesita oír una nueva exigencia. Enunciémosla: necesitamos una crítica de los valores morales, hay que poner alguna vez en entredicho el valor mismo de esos valores” (11).

El cuestionamiento que hace Nietzsche al concepto previo de genealogía es a la pasividad o al conformismo de la filosofía, que a partir de fundamentos cuasi inmutables, elabora listas acerca de los valores existentes o aplica criterios que designan valores en base a su utilidad.

PATHOS DE LA DISTANCIA Y ESTATUTO ORIGINARIO DE LOS VALORES

En la obra “*La filosofía de Nietzsche*”, su autor Eugen Fink presta atención a elementos formales que son constantes en los escritos de este filósofo. Por ejemplo considera que la relación intensa que Nietzsche estableció con el arte, por medio del cual descifraba metafísicamente la existencia, era esencialmente el arte trágico. Esta es la atmósfera que rodea a su pensamiento inicial reflejado en *El nacimiento de la tragedia en el espíritu de la música*. Este *Pathos trágico*, esta disposición anímica lo situó desde un inicio en una posición de sospecha en contra del optimismo cristiano representado por la redención (2). Este *Pathos trágico* va a mutar de manera súbita. Fink plantea como alternativa la posibilidad de que se hubiese producido una evolución de su pensamiento, en palabras del mismo Fink: “*un despliegue de una intuición anterior*”. Nietzsche, al menos en *La Genealogía de la moral*, hace alusión explícita a la antigüedad de sus pensamientos y al probable hecho de que el “*reposo*” los hayan fortalecido. A mi juicio esto es más cercano a la idea de una transformación o evolución de sus ideas iniciales. Por cierto que los elementos biográficos deben de haber jugado un rol como precipitantes o gatilladores; el rompimiento con Wagner tras años de idolatría, el alejamiento de las ideas formadoras de Shopenhauer, las nuevas intensidades de su amistad con Paul Rée y Lou Andreas Salomé, tal como sugiere Fink. En todo caso desde “*Humano, demasiado humano*”, aparece un cuestionamiento y una desconfianza con las ideas iniciales: el mundo griego, el drama de la música de Wagner y la influencia de su ídolo Shopenhauer. Hacen su aparición entonces la ciencia y la reflexión crítica, dotándose su obra de un “*Pathos Ilustrado*” (14).

En “*La genealogía de la Moral*” Nietzsche induce a que dudemos y nos cuestionemos acerca de lo que creemos conocer. Considera al proceso del conocimiento como algo inagotable, por tanto, se le hace cuesta arriba dar como concluidas muchas suposiciones a las cuales los seres humanos se habían “*habituado*”. No sólo acerca de aspectos meramente racionales sino también al mundo de las vivencias. Para él, estamos muy distantes de conocer lo que podríamos ser. Se coloca desde la posición de los prejuicios morales, no habla de moral, habla desde un cuestionamiento. Se refiere metafóricamente al alto que hizo su espíritu en su viaje y

que le permitió recorrer con la mirada, “*el vasto y peligroso país recorrido hasta entonces*” (11). Sus análisis cuestionadores no representan una no valoración del pensamiento filosófico previo, plantean un no acomodamiento: los filósofos como fuente inagotable, sin importar mucho el resultado (11).

Gilles Deleuze señala la relevancia de la relación esencial de una fuerza con otra, llamando a la fuerza desde esta perspectiva, una voluntad (voluntad de poder) la cual se ejerce necesariamente sobre otra voluntad (13). “*Una pluralidad de fuerzas actuando y sufriendo a distancia, siendo la distancia el elemento diferencial comprendido en cada fuerza y gracias al cual cada una se relaciona con las demás*”, este elemento representaría para este autor el principio de la filosofía de la naturaleza en Nietzsche. El análisis anterior implicaría que esta relación de una fuerza con otra redundaría en la dominación de una sobre la otra y esto nos encaminaría al origen, a la diferencia, a saber: la jerarquía (13).

En el primer tratado de *La genealogía de la moral*, en el párrafo 2 reporta lo que a su juicio es la dislocación de origen del concepto “*bueno*” (15). Para Nietzsche fueron los poderosos, los hombres de rango superior, los nobles, los que se autoproclamaron a sí mismos y a sus acciones resultantes como “*buenas*”, en frontal oposición con las acciones resultantes del obrar de plebeyos, vulgares y hombres de bajo rango (15). Nietzsche otorga a esa lejanía, a ese *Pathos* de la distancia, el origen del derecho de los nobles de nombrar a los valores, de crear a los valores. Con esto desdeña los intentos de los moralistas ingleses, que insistían para este fin en aplicar criterios genealógicos de utilidad. Para Nietzsche el *Pathos* de la distancia o *Pathos* de la nobleza, como sentimiento duradero de una especie superior dominadora sobre una inferior, crea la antítesis “*bueno*” y “*malo*” (15). Nietzsche pretendía establecer la no equiparación del vocablo bueno con acciones no egoístas. Más adelante en el párrafo 5 da cuenta de que los nobles se apoyaban muchas veces en su superioridad de poder: “*los ricos*”, “*los propietarios*”; pero además en disposiciones caracterológicas como “*los veraces*”, lo veraz como “*aristocrático*”. Este aspecto sería opuesto en rigor al “*mentiroso*” como lo “*vulgar*” (15).

Anteriormente se había referido también al “*Pathos de la distancia*” en “*Más allá del bien y del mal* en la sección” ¿Qué es aristocrático?: en similar análisis plantea la necesidad de la distancia entre los estamentos, que direcciona hacia abajo la mirada de los dominantes sobre los súbditos, manteniendo en todo momento la distancia y el tono de autoridad sobre los débiles. Para Nietzsche estos hombres más “*enteros, disponían de una fuerza psíquica y física superiores*”. Consideraba a estos elementos de procedencia de vida o estirpe relevantes para las valoraciones morales.

Estos análisis al día de hoy pueden resultar inicialmente burdos y cuestionables, pero se cometería el error de no comprender la obra de Nietzsche en su devenir histórico, el devenir de su obra

en cuanto a proceso sistemático de crítica con el objetivo de desmantelar lo existente. Su tiempo fue la época del inicio del apogeo de la biología, un tiempo de ascendencia vitalista. Nietzsche intentó construir una filosofía histórica en consonancia con las ciencias naturales, no como metafísica.

“BUENO”, “MALO”, “MALVADO”

Continuando en el primer tratado de *La genealogía de la Moral*, en el párrafo 11, Nietzsche hace una categorización de estos términos. El concepto bueno lo relaciona con un modo de ser noble, con una mirada del sí mismo del noble y desde esta aproximación propia de los señores, se estructura la idea de malo (*schlecht*). Nietzsche contrapone este “malo” al concepto de “malvado” (*böse*), el cual deriva de la moral de esclavos (15).

En *“La genealogía de la moral”* Nietzsche amplía los significados de la moral de esclavos y la moral de los señores. Sobre esta última moral incluye una división entre una moral de guerreros y una moral de sacerdotes. Este grupo sacerdotal, en su opinión, debido a sus hábitos, llevan consigo un elemento “no sano”, ocasionado por una impotencia que crece en forma de odio (15). Contrapone estos aspectos al otro grupo aristocrático: el guerrero-caballeresco, dado a las guerras, la caza, a las peleas. Nietzsche ejemplifica la dinámica conflictiva entre ambas castas, la sacerdotal y la guerrera, con la historia de los judíos al que considera un pueblo sacerdotal que invirtió los valores aristocráticos (15). Con esta inversión de los valores se inicia en moral la rebelión de los esclavos, con los sacerdotes movilizando y agitando a los frágiles y vulnerables, a los débiles en contra de los señores (15). El cristianismo se instala en el seno de Roma tras la represión previa de los romanos contra Judea, ya que esta invierte los valores, logrando el triunfo de la moral del hombre vulgar, de la plebe, del rebaño (15). En el párrafo 16 Nietzsche plantea que históricamente las luchas entre estos valores contrapuestos “bueno” y “malo” - “bueno y malvado”, se han extendido por siglos y la relación entre Judea y Roma continúa siendo el mayor símbolo de esta lucha (15). En la Revolución francesa Nietzsche ve también el resentimiento de la plebe, el odio de los débiles, homologándola nuevamente con la moral de los esclavos (15).

Deleuze refiere que la tarea del adiestramiento en el resentimiento recae sobre el sacerdote, con frases como ... *“los miserables, los débiles, los necesitados serán los bendecidos por Dios”...* y ... *“ustedes los ricos y poderosos, nobles son los malos, los insaciables, los impíos”...* (16).

MANIPULACIÓN Y TERGIVERSACIÓN DEL PENSAMIENTO DE NIETZSCHE POR EL MOVIMIENTO NACIONAL-SOCIALISTA ENCABEZADO POR ADOLF HITLER

Deleuze aclara algunas distorsiones históricas a las cuales se han sometido muchos textos de Nietzsche vinculándolos con los nazis.

Ellos mismos censuraban partes de sus escritos, descontextualizándolos. Un lenguaje metafórico en ocasiones y directo en otras pueden muchas veces inducir erróneamente a juicios y opiniones inexactas. Lo analizado acerca de los judíos no implica un elemento antisemita, a pesar del uso por momentos exagerado de las razas y su origen en el que incurrió desprolijamente en muchos de sus textos. Gilles Deleuze ejemplifica lo tajante que fue Nietzsche con autores antisemitas de su época y es particularmente revelador en este sentido el párrafo 250 de *Más allá del bien y del mal*: ¿Qué le debe Europa a los judíos? ...gratitud (16) (19).

El filósofo, académico y escritor español Fernando Savater en su libro *“La aventura del pensamiento”*, denuncia también el “sesgo pronazi” que Elisabeth Nietzsche dio a la obra del filósofo alemán (4). Plantea además la inexistencia de elementos antisemitas en su obra, ni la presencia de incitación alguna o justificación que permita el sometimiento de un grupo étnico por otro; elementos claves de la ideología nazi (4). Afirma Savater, además, la posición contraria de Nietzsche a la pena de muerte y a los maltratos de los reos en los sistemas carcelarios (4). Según este autor, Friedrich Nietzsche llevó una vida intensa, cosmopolita, se desplazó y disfrutó de la Europa de fines del siglo XIX (4). Estos aspectos del modo de vida de Nietzsche, estas posturas valóricas del filósofo son contrapuestas en forma absoluta con la doctrina nazi.

El filósofo chileno Eduardo Carrasco ha profundizado en su obra *“Nietzsche y los judíos: Reflexiones sobre la tergiversación de un pensamiento”*, acerca de la tergiversación histórica llevada a cabo inescrupulosamente por varias personas, pero fundamentalmente por Elisabeth Nietzsche, hermana de filósofo quien se casó con el antisemita Bernhart Förster (20). En vida, Nietzsche hizo todo lo posible por evitar a su hermana y a su cuñado. Lamentablemente Elisabeth fue la encargada de manejar póstumamente la obra del filósofo y fue la que adulteró parte importante de la misma, facilitándola al movimiento nacionalsocialista para su uso propagandístico (20). Hitler y Elisabeth se conocieron en 1932 y éste la visitó varias veces hasta su muerte en 1935. La relación de Nietzsche con los judíos aparece estudiada en la citada obra de Carrasco en el “restringido ámbito histórico y cultural, que es objeto del interés de Nietzsche” (21).

COMENTARIOS Y REFLEXIONES FINALES

Nietzsche pretende realizar una crítica a la moral que ha predominado en occidente. Lo hace atacando los cimientos mismos del cristianismo. Tal vez desde *“La ciencia jovial”*, donde en el párrafo 343 “Qué es lo que trae consigo nuestra alegría”, anuncia la muerte de Dios, se instala con fuerza el propósito de mostrar las limitaciones que imponía el cristianismo. La autosupresión de la moral queda simbolizada en la muerte de Dios, que significa la pérdida de vigencia de los valores existentes hasta ese momento, se inicia entonces el nihilismo. La creencia en Dios adquiere un

carácter de voluntariedad para el individuo. En el párrafo 125 “El hombre frenético” del citado libro, Nietzsche representa la desaparición de Dios; el pasaje concluye con el hombre entonando *Réquiem aeternam Deo* (Descanso eterno para Dios) (17). Parecería todo una especie de pesimismo sin sentido, pero Nietzsche concluye en el citado párrafo 343 con una frase: *...tal vez nunca hubo antes un “mar tan abierto”...*, como sugiriendo las infinitas posibilidades que para el hombre existirían al apartarse de la caduca moral impuesta por el cristianismo en occidente (18). Su lenguaje está plagado de imágenes y símbolos de dudas, sospechas, ocultamientos, y de una honestidad provocadora y efectista. Es difícil no quedar absorto o permanecer cavilando por largo tiempo con muchos de sus aforismos.

Algunos elementos en “La genealogía de la moral” pudieran tener en el presente cuestionamientos o puntos de vista opuestos. El ejercicio que realiza Nietzsche de dismantelamiento, de buscar la solución o la explicación apelando al contrario, al opuesto, a lo que se considera erróneo; es a mi juicio lo que le otorga actualidad. Propone como método identificar los errores, planteando

como tesis primera que la moral misma está construida sobre errores. Considera que es una falacia creer que puedan existir acciones morales. El único móvil que puede ser identificado como fuente de las acciones morales, para este filósofo, es el instinto de conservación: la búsqueda de placer y la evitación del dolor.

Como mencionamos al inicio, la intención de este manuscrito es contribuir a la difusión de la obra de Nietzsche y de este texto en particular en el contexto de la medicina. Mantener la intención reflexiva y el contacto permanente con los aportes de la filosofía y de las humanidades debieran ser parte de la formación continua de médicos, psiquiatras y trabajadores de la salud.

Agradecimiento:

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Profesor Raúl Villarreal de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, por su orientación y guía al momento de concebir las ideas que conforman este artículo.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Safranski R. *Nietzsche Biografía de su pensamiento*, 4ta edición en *Fábula*, Barcelona, Tusquets Editores S.A., 2001:295-325.
2. Fink E., *La Metafísica del artista*, Fink E. *La filosofía de Nietzsche*. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000: 9-49.
3. Jara J., *Introducción, Nietzsche F. La ciencia jovial la gaya scienza*, Colección Pensamiento Primera edición, Valparaíso, Universidad de Valparaíso Editorial, 2013: 7-41.
4. Savater F. *La aventura del pensamiento*, 1ª ed., Buenos Aires, Sudamericana, 2008:233-249.
5. Penella M. *Nietzsche y la utopía del superhombre*, Primera edición, Barcelona, 2011:23-37.
6. Penella M. *Nietzsche y la utopía del superhombre*, Primera edición, Barcelona, 2011:39-51.
7. Penella M. *Nietzsche y la utopía del superhombre*, Primera edición, Barcelona, 2011:53-70.
8. Fink E. *La Ilustración de Nietzsche*, Fink E., *La filosofía de Nietzsche*. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000: 50-70.
9. Penella M. *Nietzsche y la utopía del superhombre*, Primera edición, Barcelona, 2011: 237-251.
10. Deleuze G. *La Crítica*, Deleuze G., *Nietzsche y la filosofía*, Novena edición, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A, 1986:105-156.
11. Nietzsche F. *Prólogo*, Nietzsche F., *La genealogía de la moral*, El libro de bolsillo-Biblioteca de autor, De la traducción, introducción y notas: Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2009: 21-31.
12. Fink E. *La destrucción de la tradición occidental*, Fink E., *La filosofía de Nietzsche*. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000:141-213.
13. Deleuze G. *Lo trágico*, Deleuze G., *Nietzsche y la filosofía*, Novena edición, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A, 1986: 7-56.
14. Fink E. *La Ilustración de Nietzsche*, Fink E., *La filosofía de Nietzsche*. Versión española de Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2000: 50-70.
15. Nietzsche F. *Tratado Primero Bueno y malvado, bueno y malo*, Nietzsche F., *La genealogía de la moral*, El libro de bolsillo-Biblioteca de autor, De la traducción, introducción y notas: Andrés Sánchez Pascual, Madrid, Alianza Editorial, S.A, 2009: 35-71.
16. Deleuze G. *Del resentimiento a la mala conciencia*, Deleuze G., *Nietzsche y la filosofía*, Novena edición, Barcelona, Editorial Anagrama, S.A, 1986: 157-206.
17. Nietzsche F. *Libro tercero*, Nietzsche F., *La ciencia jovial la gaya scienza*, Colección Pensamiento Primera edición, Valparaíso, Universidad de Valparaíso Editorial, 2013: 167-222.
18. Nietzsche F. *Libro quinto Nosotros los sin temor*, Nietzsche F., *La ciencia jovial la gaya scienza*, Colección Pensamiento Primera edición, Valparaíso, Universidad de Valparaíso Editorial, 2013: 7-41.
19. Nietzsche F. *Sección octava Pueblos y patrias*, Nietzsche F., *Mas allá del bien y del mal*, Madrid, Alianza Editorial, S.A 1995: Parágrafo 250.
20. Carrasco E. *Nietzsche y los judíos. Reflexiones sobre la tergiversación de un pensamiento*, Catalonia, Primera Edición, Santiago de Chile, 2008:127-156.
21. Carrasco E. *Nietzsche y los judíos. Reflexiones sobre la tergiversación de un pensamiento*, Catalonia, Primera Edición, Santiago de Chile, 2008:11-16.

CARMEN ALDUNATE (1940)



“Percepciones sobre la esquizofrenia”

El cuadro de la portada corresponde a un óleo sobre madera de la pintora chilena Carmen Aldunate, titulado “Percepciones sobre la esquizofrenia”.

Carmen Aldunate Salas nació el 10 de febrero de 1940 en Viña del Mar, Chile, y estudió en la Pontificia Universidad Católica, luego en la Universidad de Chile, especializándose más tarde en la Universidad de California, Davis, EE.UU. Hasta la fecha continúa manteniendo su actividad como pintora y exponiendo su obra.

En sus pinturas, la figura humana tiene un papel protagónico, de gran contenido psicológico y usa especialmente rostros de mujeres, con un mensaje feminista que denuncia la opresión y el sufrimiento psicológico de ellas. Llamativas son sus cabezas envueltas en sombreros que parecen aprisionarlas. Tiene además una colección de pinturas de frutas y flores de gran belleza.

El cuadro que elegimos para la portada se llama “Percepciones sobre la esquizofrenia” y fue pintado el año 1998, en el contexto del proyecto “Arte y Psicopatología” organizada por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (Sonepsyn) que contó con la colaboración de pintores y psiquiatras. Esta obra en particular, fue desarrollada

entre Carmen Aldunate y el psiquiatra Dr. Eduardo Durán, quienes gentilmente facilitaron la obra y autorizaron su reproducción en la portada de Revista Médica Clínica las Condes.

El Dr. Durán y Carmen Aldunate emprendieron la tarea de conocer a los esquizofrénicos en los hospitales psiquiátricos, percibiendo a los pacientes a través de sus vivencias y sentimientos y luego trasladando a la tela esta experiencia. A continuación, reproducimos parte textual del comentario de esta pintura, que realizara el mismo Dr. Durán:

“Carmen ocupa un formato grande, al centro una mujer en que se destaca en forma magistral la mirada, mirada perdida en la distancia, en el vacío y que a su vez está presente aquí, una mirada puesta en una cabeza que se escinde, que parte el alma en dos, en dos mundos propios de lo esquizo, claramente lo dividido, pero que aún no se escapa y que es necesario retener ya, con unas manos pellizcándose los brazos, tocándose, re-encontrándose consigo misma, y a su vez con sus brazos maniatados presos de poder hacer o deshacer”(1).

Nos ha parecido una obra muy adecuada para esta portada de Psiquiatría de Enlace y que reúne además el trabajo de dos profesionales chilenos, artista y médico, dignos de conocer.

Referencias:

1. <https://olivelaia.wordpress.com/2008/04701/arte-y-psiquiatria-ii>. Consultada el 2/Oct/2017.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

Actualizada según los requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) actualizadas 2014: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. Disponibles en el sitio web: www.icmje.org

Revista Médica Clínica las Condes está dirigida a médicos generales y especialistas, quienes pueden utilizarla a modo de consulta, para mejorar o actualizar conocimientos o como guía en el manejo de sus pacientes. De allí que los artículos deben contener todos los elementos que permitan cumplir con esos objetivos. Todos los artículos serán sometidos al proceso de revisión por pares.

Las instrucciones para la estructuración de los artículos de revisión de la literatura es la siguiente:

REVISIONES DE LA LITERATURA

La página inicial, separable del resto y no numerada deberá contener:

- a) El título del capítulo debe estar en español e inglés, ser breve y dar una idea exacta del contenido del trabajo.
 - b) El nombre de los autores, el primer apellido y la inicial del segundo, la filiación (una sola) y/o grado académico si corresponde.
 - c) El artículo debe contar con un resumen en español y en inglés de no más de 200 palabras.
 - d) Key words de acuerdo al MeSH Data base - Pubmed, en español e inglés.
- El resto de las páginas deberán venir numeradas

TEXTO

1. La extensión máxima será de 10 páginas, en letra TimesNewRoman, cuerpo 12, espaciosimple. No incluye las tablas, gráficos, figuras y referencias bibliográficas.
2. Las referencias bibliográficas deberán numerarse en el texto entre paréntesis en el orden en que aparecen citadas.
3. El desarrollo del texto deberá ser congruente con el objetivo del artículo, previamente mencionado en el resumen.
4. Al final del escrito el o los autores deberán explicitar si existen o no conflictos de interés con el artículo.

LAS TABLAS Y/O LAS FIGURAS:

1. Deben presentarse en hojas separadas del texto, indicando la posición en el texto que les corresponde y ser citada en el texto.
2. Las ilustraciones y gráficos se clasificarán como figuras. Deberán ser de buena calidad en formato jpg o tiff a 300 dpi peso mínimo de 1MB preferentemente de tamaño 12 a 17 cms. Enviarlas en formato digital.
3. Si las tablas y/o figuras no son propias, citar la referencia bibliográfica. Si están en inglés, deben ser traducidos y especificar que es modificado o traducido de la referencia que corresponda.
4. Todas las tablas y/o figuras deben tener título y sus leyendas correspondientes. Se deben presentar en hoja separada y deberán permitir comprender las figuras sin necesidad de recurrir al texto.
5. El número de tablas o figuras en total, no puede ser más de 10

FOTOS E IMÁGENES

1. Deberán tener la autorización del paciente y/o tutor según corresponda. Si el autor no la tiene o no es posible solicitarla, la foto o imagen no podrá ser publicada.
2. Se aplican las mismas instrucciones dadas para las tablas y figuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. La bibliografía se presentará al final del texto por el sistema Vancouver. Por lo tanto, cada referencia debe especificar:

- a) Apellido de los autores seguidos de la primera inicial el nombre, separando los autores con una coma, hasta un máximo de 6 autores; si son más de seis, colocar los tres primeros y la expresión et al. o y cols. según corresponda.
 - b) Título del trabajo.
 - c) Nombre de la revista abreviado de acuerdo al Index-Medicus año (punto y coma), volumen (dos puntos), página inicial y final de texto. Para cita de libros debe señalarse: autor (es), nombre del capítulo citado, nombre del autor (s) del libro, nombre del libro, edición, ciudad en que fue publicado, editorial, año: página inicial-final.
 - d) No más de 50 referencias bibliográficas.
 - e) Para distintas fuentes existen formas de referirlas, ver http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. 2014.
2. No deben presentarse referencias que no estén citadas en el texto.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIOS CON DISEÑOS ESPECÍFICOS (REPORTE DE CASOS, SERIE DE CASOS, ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y/O EXPERIMENTALES)

El texto de los artículos sobre estudios observacionales y experimentales normalmente está dividido en los siguientes apartados: Introducción, Método, Resultados y Discusión, aunque no necesariamente.

Primera Página

La primera página debe incluir la siguiente información:

1. El título del artículo. Los títulos concisos son más fáciles de leer que los largos o intrincados. Sin embargo, si los títulos son demasiado cortos pueden no ofrecer información importante, como el diseño del estudio (es especialmente importante para identificar los ensayos controlados aleatorizados). Los autores deberían incluir en el título toda la información para que la recuperación electrónica del artículo sea a la vez sensible y específica (con palabras que están en el data Mesh pubmed: keywords)
 2. Los nombres de los autores y su filiación institucional. Grado académico si corresponde.
 3. El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
 4. Declaración de conflictos de interés.
 5. Información para contactar con el autor correspondiente (corresponding author). El nombre, dirección postal, números de teléfono y dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito.
 6. La(s) fuente(s) de ayuda de financiamiento del estudio en forma de becas, equipo, medicamentos o todas ellas, si corresponden.
 7. Un encabezamiento de página o título abreviado del artículo, que no supere los 40 caracteres (incluidos espacios).
 8. Recuentos de palabras abstract y texto, no más de 250 palabras
 9. Número de figuras y tablas. Las cuales deben ir separadas del texto, con los requisitos ya explicitados en el punto de tablas y/o figuras de las revisiones de la literatura.
- El artículo debe ser enviado a la Enfermera editora científica y ejecutiva, Sra. Magdalena Castro al correo electrónico editorejecutivorm@clinicalascondes.cl

Cualquier consulta comuníquese por mail al Editor general Dr Jaime Arriagada S.: jarrigad@clinicalascondes.cl, oficina Revista Médica CLC, 226103258-226103279, o cel 96-7077802.

ANTES DE EMPEZAR

Ética de la publicación científica

Si desea obtener información sobre las consideraciones éticas en la publicación científica, consulte: <http://www.elsevier.com/publishingethics> y <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics>.

Derechos humanos y de los animales

Si el trabajo cuenta con la participación de personas o animales, el autor debe asegurarse de que el trabajo descrito se llevó a cabo cumpliendo el código ético de la OMS (Declaración de Helsinki) en experimentos con humanos <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>; Directiva UE 2010/63/UE para experimentos con animales http://ec.europa.eu/environment/chemicals/lab_animals/legislation_en.htm; requisitos de uniformidad de los manuscritos enviados a revistas biomédicas <http://www.icmje.org>. Los autores deben declarar en su manuscrito que han obtenido el consentimiento informado para la experimentación con humanos. Deben tenerse en cuenta en todo momento los derechos de privacidad de las personas.

Conflicto de intereses

Todos los autores deben informar de cualquier relación financiera y personal con otras personas u organizaciones que pudieran influenciar (hacer parcial) su trabajo de manera inadecuada. Entre los ejemplos de posibles conflictos de interés se consideran: estar empleado por la organización, servicios de consultoría, titularidad de acciones, remuneración, testimonio de experto remunerado, solicitudes/registros de patentes y becas u otro financiamiento. En caso de que no haya conflicto de intereses, hay que declarar lo siguiente: «Conflictos de intereses: ninguno».

Consulte también: <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Encontrará más información y un ejemplo de declaración de conflicto de intereses en: http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/p/7923.

Declaraciones inherentes al envío del manuscrito

La presentación de un artículo requiere que el trabajo descrito no se haya publicado previamente (solo en forma de resumen o en el marco de una conferencia publicada o una tesis académica, o como prepublicación electrónica; véase <http://www.elsevier.com/sharingpolicy>), que no esté siendo contemplado para publicarse en ningún otro medio, que su publicación esté autorizada por todos los autores y expresa o tácitamente por las autoridades responsables del lugar en el que se llevó a cabo el trabajo, y, en caso de aceptarse, no se publicará en ningún otro medio con el mismo formato, en inglés ni en ningún otro idioma, ni siquiera en formato electrónico, sin el consentimiento por escrito del titular del copyright. Para comprobar que es original, es posible que su artículo se evalúe con el servicio de verificación de la originalidad CrossCheck <http://www.elsevier.com/editors/plagdetect>.

Contribución

Cada autor debe declarar su contribución individual al artículo: todos deben haber participado materialmente en la investigación y/o preparación del artículo, de modo que deberán describirse las funciones de todos ellos. La manifestación de que todos los autores aprueban el artículo definitivo debe ser verdadera e incluirse en la declaración.

Autoría

Todos los autores deben haber hecho contribuciones sustanciales para todo lo siguiente: (1) la concepción y el diseño del estudio, o la adquisición de datos, o el análisis y la interpretación de los datos, (2) el borrador del artículo o la revisión crítica del contenido intelectual, (3) la aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Cambios en la autoría

Esta política atañe a la incorporación, supresión o reordenación de los nombres de los autores de los manuscritos aceptados:

Antes de que el manuscrito aceptado se publique en una edición en línea: el autor encargado de la correspondencia del manuscrito aceptado debe enviar cualquier solicitud para añadir o eliminar un autor o para reordenar los nombres de los autores al director de la revista, y esta debe incluir: (a) el motivo por el cual se incorpora o se elimina el nombre, o por el que se reordenan los nombres de los autores, y (b) una confirmación por escrito (correo electrónico, fax, carta) de todos los autores en la que manifiesten su acuerdo con la incorporación, eliminación o reordenación. En el caso de la incorporación o eliminación de autores, se debe añadir la confirmación del autor que se incorpora o se elimina. En caso de que la solicitud no haya sido enviada por el autor encargado de la correspondencia, el director de la revista la reenviará a dicho autor, el cual deberá seguir el procedimiento como se indica en este apartado. Tenga en cuenta que: (1) El Journal Manager de la revista informará a la redacción de cualquier solicitud de ese tipo y (2) la publicación del manuscrito aceptado para una edición en línea se suspenderá hasta que se acepte la autoría.

Después de que el manuscrito aceptado se publique en una edición en línea: Las solicitudes para incorporar, eliminar o reordenar los nombres de los autores publicados en una edición en línea seguirán las directrices indicadas anteriormente y darán lugar a una corrección.

Resultados de ensayos clínicos

De acuerdo con las directrices del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, la revista no aceptará para publicación los resultados publicados previamente en el registro de ensayos clínicos en el cual se encuentre el registro primario si los resultados publicados se presentan en forma de tabla o resumen breve estructurado (menos de 500 palabras). Además, se desaconseja dar a conocer los resultados en otras circunstancias (p. ej., en reuniones de inversores) y podría poner en riesgo la aceptación del manuscrito. Los autores deben revelar completamente todas las publicaciones en registros de resultados del mismo trabajo o de uno estrechamente relacionado.

REGISTRO DE ENSAYOS CLÍNICOS

Para publicar en esta revista se requiere registrarse en el registro público de ensayos, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, <http://www.icmje.org>). Los ensayos deben registrarse en el momento o antes del inicio de la inclusión de

pacientes. El número de registro del ensayo clínico debe incluirse al final del resumen del artículo. Un ensayo clínico se define como un estudio de investigación que asigna futuros participantes o grupos de participantes a una o más intervenciones relacionadas con la salud para evaluar los efectos del desenlace para la salud. Las intervenciones relacionadas con la salud son intervenciones utilizadas para modificar un resultado biomédico o relacionado con la salud (por ejemplo, fármacos, operaciones quirúrgicas, dispositivos, tratamientos conductuales, intervenciones dietéticas y cambios en el proceso de atención sanitaria). Los resultados para la salud incluyen cualquier medida biomédica o relacionada con la salud obtenida en pacientes o participantes, incluidas las medidas farmacocinéticas y los acontecimientos adversos. Los estudios puramente observacionales (aquellos en los que la asignación de intervenciones médicas no está en manos del investigador) no están obligados a registrarse.

Copyright

Revista Médica Las Condes es una revista Open Access, por lo que todos los artículos pueden consultarse y descargarse de forma gratuita. La licencia Creative Commons presente en cada artículo define los usos permitidos para el mismo.

Derechos de autor

Como autor, usted, o su empleador o institución, posee derechos para reutilizar su trabajo. Si desea obtener más información, consulte <http://www.elsevier.com/copyright>.

Fuente de financiación

Se le solicitan los datos de quien ha proporcionado ayuda económica para la realización de la investigación y/o preparación del artículo y que describa brevemente la función del patrocinador, en caso de que haya, en el diseño del estudio; en la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos; en la redacción del informe; y en la decisión de presentar el artículo para su publicación. Si la/s fuente/s de financiación no participaron de ese modo, también debe declararlo.

Consentimiento informado y datos de los pacientes

Los estudios realizados con pacientes o voluntarios requieren la aprobación del comité ético y el consentimiento informado, que deberá constar en el artículo. Cuando un autor desee incluir datos de los casos u otra información personal, o imágenes de los pacientes y de otras personas en una publicación de Elsevier, deberá obtener los permisos, consentimientos y cesiones apropiados. El autor deberá conservar los consentimientos por escrito y, si Elsevier lo solicita, tendrá que facilitar copias de estos o las pruebas de que se han obtenido dichos consentimientos. Si desea obtener más información, consulte la Política de Elsevier sobre el uso de imágenes o de información personal de pacientes u otras personas, <http://www.elsevier.com/patient-consent-policy>. A menos que tenga la autorización del paciente por escrito (o, cuando sea necesario, de su pariente más cercano), los datos personales del paciente incluidos en cualquier parte del artículo y del material complementario (incluidos vídeos e ilustraciones) deben eliminarse antes de la presentación.

Presentación

Nuestro sistema de presentación en línea le orienta

paso a paso en el proceso de inserción de los datos del artículo y de carga de archivos. En el proceso de revisión por pares, el sistema convierte los archivos de su artículo en un solo archivo en PDF. Debe proporcionar los archivos editables (como Word, LaTeX) para componer el artículo en el formato de publicación definitivo. Toda la correspondencia, incluidas las notificaciones de la decisión del director y la solicitudes de revisión, se enviará por correo electrónico.

Envío del artículo

Los manuscritos de enviarán desde el sitio Web <http://ees.elsevier.com/rmcl>. El tutorial del sistema de gestión de manuscritos de Elsevier está disponible en <http://epsupport.elsevier.com>.

PREPARACIÓN El texto electrónico debe prepararse de un modo muy similar al de los manuscritos convencionales (consulte también la guía para la publicación con Elsevier: <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Tenga en cuenta que tendrá que incluir los archivos de figuras, tablas y gráficos de texto tanto si las figuras están insertadas en el texto como si no. Consulte también la selección sobre material gráfico electrónico.

Para prevenir errores innecesarios, le recomendamos encarecidamente que utilice las funciones de corrección ortográfica y gramatical de su procesador de textos.

Los autores deberán incluir obligatoriamente uno de los textos indicados a continuación para cada sección, en función de las características de su artículo/investigación:

PROTECCIÓN DE PERSONAS Y ANIMALES EN INVESTIGACIÓN:

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en esta investigación no se han llevado a cabo experimentos con humanos ni animales.

o
Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos cumplían los reglamentos del comité ético de investigación clínica responsable y de Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

PROTECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES:

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han cumplido los protocolos de su centro de trabajo para la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido suficiente información y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en él.

o
Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

DERECHO A LA PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos mencionados en el artículo. El autor para la correspondencia conserva ese documento.

o
Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.


Brintellix[®]
vortioxetina

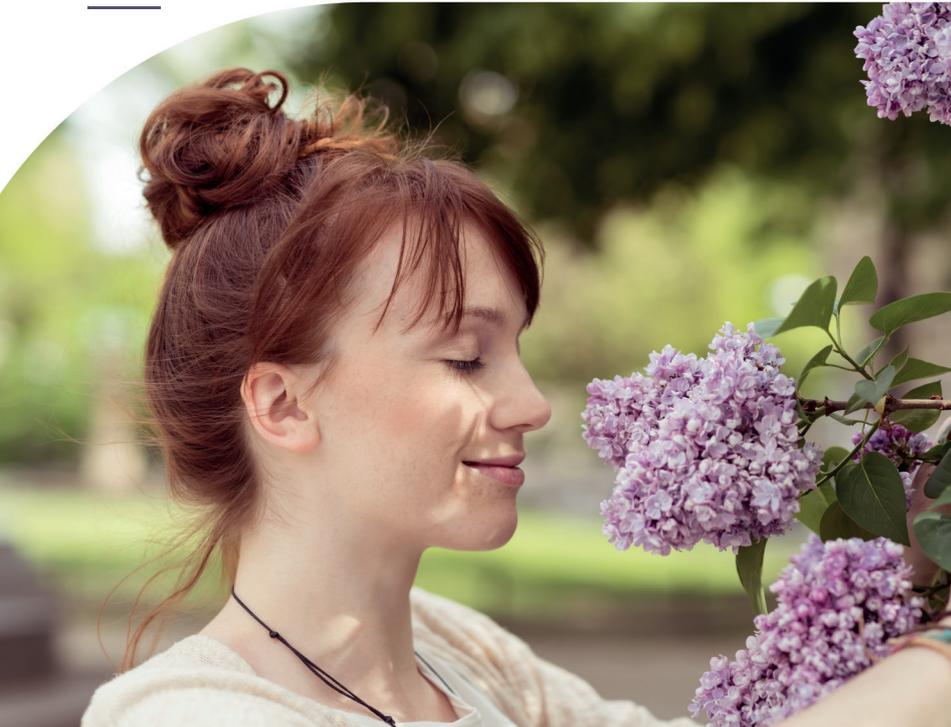
BRINTELLIX ES EFICAZ
EN EL TRATAMIENTO
DE LA DEPRESIÓN



www.lundbeck.cl

NUEVO BINAX[®] doble bienestar

Duloxetina



Antidepresivo de primera línea³

Bioequivalente e intercambiable^{1,2}

Aprobado bajo regulación vigente de la Unión Europea²



BIN-CL-0004- OCT/2019



Referencias

1. Pharma Medica Research INC - Study Report Duloxetine 60 mg D.R. Capsules, Fasting Study-PMRI Study Number: 2013-3217 // Study Report Duloxetine 60 mg D.R. Capsules, Fed Study-PMRI Study Number: 2013-3218
2. Certificado producto farmacéutico (CPP), aprobado en Alemania, país perteneciente a Unión Europea.
3. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinica Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie 2016;61(9):540-60.



LABORATORIO CHILE

LONQUEX[®]

lipegfilgrastim

Lipegfilgrastim

Lipegfilgrastim es una forma glicopegilada de factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) que regula la producción de neutrófilos en médula ósea y afecta tanto la proliferación de neutrófilos como su diferenciación.

Está indicado para la reducción en la duración de la neutropenia y la incidencia de neutropenia febril en pacientes adultos tratados con quimioterapia citotóxica para malignidad (con excepción de leucemia mieloide crónica y síndrome mielodisplástico) (1)

Lonquex[®] esta disponible en jeringa precargada para inyección lista para el uso, vía administración subcutánea; contiene 6mg/0,6ml de Lipegfilgrastim. La dosis recomendada es una inyección por ciclo de quimioterapia.(1)

La novedosa técnica de glicopegilación, le confiere a Lonquex[®] mayor resistencia a la degradación de las elastasas de los neutrófilos, así como mantener su actividad funcional y un clearance reducido. (2)



LONQ-CL-00017/MAYO 2018

Para mayor información ingrese a www.laboratoriochile.cl

*Lipegfilgrastim fue aprobado por Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en Julio del año 2013. Fue desarrollado y actualmente comercializado como Lonquex[®] por TEVA Pharmaceuticals.

1-Folleto al profesional - Registro ISP N° B-2422/14

2- Abdolzade-Bavil et al; "Differential Sensitivity of Lipegfilgrastim and Pegfilgrastim to Neutrophil Elastase Correlates With Differences in Clinical Pharmacokinetic Profile"; The Journal of Clinical Pharmacology 2016, 56(2) 186-194.; Pharmacokinetics/Pharmacodynamics.



Oncology



NEUROCIENCIAS
Exeltis
Rethinking healthcare

COMPañIA EUROPEA CON PRESENCIA GLOBAL



Productos Bioequivalentes con Certificación Europea “In Vivo”



NEUROCIENCIAS
Exeltis
Rethinking healthcare

Príncipe de Gales 5921, Of. 1902, La Reina, Santiago, Fono: (+562) 2957 4640, e-mail: contactochile@exeltis.com



CURSOS MARZO-ABRIL EN CLÍNICA LAS CONDES

III CURSO DE **Pediatría**

Una mirada al futuro de nuestro quehacer diario

Marzo 15 y 16 2018

Dirigido a: Pediatras de todas sus especialidades y profesionales de salud

Organiza: Departamento de Pediatría y Dirección Académica de Clínica Las Condes

Directores: Dra. Marcela Castellanos, Dr. Mauricio Yungue

Coordinadores: Dr. Francisco Sotelo, Dra. Mónica Saavedra

Módulo I. ADOLESCENCIA: Consulta pediátrica del adolescente / Tips al pediatra / Cuando derivar / TCA / CH y drogas / Sexualidad

Módulo II. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE. T.G.D. Magnitud del Problema. Cómo detectar un TGD / Cambios Radiológicos relacionados con TGD / Cómo ayudar al niño a su familia / Tips de detección para Padres / Intervención. Programas de apoyo escolar

Módulo III. RESPIRATORIO Manejo de Bronquiolitis / Actualización en VRS: desde profilaxis a posible tratamiento / Sospecha y estudio de IDP en infecciones recurrentes / Asma en preescolar / Discusión / Preguntas y cierre

Módulo IV. MEDICINA DEL DEPORTE Diferencias fisiológicas en la actividad física del niño / Evaluación pre-participativa pediátrica / Actividades físicas y paratología ósea y ¿son compatibles? / Actividad física y deporte en el niño obeso y con sobrepeso

Valores: Médicos \$ 60.000, Médicos Becados \$ 30.000, Profesionales de la salud \$ 30.000

ESTACIONAMIENTO LIBERADO

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES: Dirección Académica, Clínica Las Condes, La Fontecilla 441, Las Condes, Tel. (56) 2 26103255 - 2 26103250 - 2 26103151, E-mail: da@clinalascondes.cl, www.clinicalascondes.cl/DOCCENIA/Cursos.aspx

Descargue la App de CLC escaneando el código con su celular

JORNADA INTERNACIONAL **Neonología avanzada**

"Actualización en manejo del neonato médico-quirúrgico"

21 de Marzo 2018

Organiza: Unidad de Neonatología Clínica Las Condes, Departamento de Pediatría, Departamento de Cirugía Pediátrica y Neonatal, Dirección académica

Temario: Manejo nutricional del neonato quirúrgico, Manejo medico de la hernia diafragmática congénita, ECMO, Intestino corto y el desafío nutricional, Intestino corto y elongación con técnica de step, Alcances de la ventilación no invasiva, Nutrición en el prematuro sometido a stress, Enfoque genético actual frente a las malformaciones congénitas, RM fetal y malformaciones quirúrgicas

Invitados internacionales: Dr. Manuel SanchezLuna, MD, PhD, Dr. Thibaut Senterre, MD, PhD, FRCP, Dr. Marc Levitt, Dr. Indalecio Cano

Auditorio: Dr. Mauricio Wainer Norman, Clínica Las Condes

Información e inscripciones: Dirección Académica, Clínica Las Condes, La Fontecilla 441, Las Condes, E-mail: da@clc.cl, www.clinicalascondes.cl/DOCCENIA/Cursos.aspx

Traducción simultánea, Estacionamiento gratuito

Descargue la App de CLC escaneando el código con su celular

XII CURSO INTERNACIONAL **Cirugía Pediátrica y Neonatal**

JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS "Urología Avanzada, Robótica y Polo Caudal"

22 y 23 de Marzo 2018

JORNADA INTERNACIONAL DE NEONATOLOGÍA AVANZADA "Actualización en Manejo del Neonato quirúrgico" 21 de Marzo 2018

Organiza: Dirección Académica, Departamento de Cirugía Pediátrica y Urología Pediátrica Clínica Las Condes, Departamento de Pediatría - Unidad de Neonatología, Centro Coloproctológico

Temario: Patología Neonatal Médico-Quirúrgica, Malformación Ano-Rectal, Nutrición Neonatal Avanzada, Principios de la cirugía robótica en urología pediátrica, Ampliación vesical y reimplante robótico, Organización Centro Colo-Rectal y Piso Pélvico, Manejo Integral de Ostomías, Energía Mínimamente Invasiva Neonatal y Pediátrica, Enfermería de Apoyo en Patología Colo-Rectal, Hernia Diafrágica Congénita, ECMO Neonatal, Malformaciones de pared abdominal, Neumotorax espontáneo y quilotórax neonatal

Invitados internacionales: Dr. Mohan S. Gundeti, Dr. Marc Levitt, Dra. Christina Ching, Dr. Indalecio Cano, Dr. Manuel SanchezLuna, MD, PhD, Dr. Thibaut Senterre, MD, PhD, FRCP

Directores: Dr. Miguel Guiffard, Dr. Stefan Hossain

Comité Organizador: Dra. Gloria M. González, Dr. Jorge Kodny, Dr. José Manuel Escala

Valores: Incluye inscripción de Jornada Neonatal el 21 de marzo, Médicos \$ 130.000 USD 100, Becados (acreditados) y otros profesionales \$ 80.000 USD 115

Traducción simultánea, Estacionamiento gratuito

Descargue la App de CLC escaneando el código con su celular

1er CURSO INTERNACIONAL **Artrosis de Tobillo y Retropié**

11 AL 14 DE ABRIL 2018

Invitados: Dr. Steven Haddad, Dr. Mark Easley

Directores: Manuel José Pellegrini, Giovanni Carcano

TEMARIO: Artrosis en pacientes jóvenes, ¿qué hacer?, Artroplastia total de tobillo, Pie plano, Pie cavo, Discusión de casos clínicos, Talleres prácticos

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES: Dirección Académica, Clínica Las Condes, La Fontecilla 441, Las Condes, Tel. (56) 2 26103255 - 2 26103250 - 2 26103151, E-mail: da@clinalascondes.cl, sromero@clinalascondes.cl, www.clinicalascondes.cl/DOCCENIA/Cursos.aspx

Descargue la App de CLC escaneando el código con su celular



2017



CLÍNICA LAS CONDES

CURSOS DICIEMBRE EN CLÍNICA LAS CONDES

CURSO
Enfrentamiento y Actualización del Dolor Lumbar
1 de diciembre 2017

Auditorio Dr. Mauricio Wainer Norman
Clínica Las Condes, La Fontecilla 441, Las Condes

ORGANIZA
Departamento de Ortopedia y Traumatología, Centro de Columna Clínica Las Condes, en conjunto con la Dirección Académica de CLC

DIRECCIÓN
Dr. Carlos Valenzuela

COMITÉ ACADÉMICO
Dr. Juan Pablo Otto
Dr. Andrés Chahin
Dr. Marcelo Molina

Dirigido a:
Traumatólogos generales, médicos generales, residentes de traumatología, kinesiólogos, fisioterapeutas, reumatólogos.

Valores:
Médicos \$20.000
Becados y otros profesionales \$15.000

Inscripciones
E-mail: da@clinicalascondes.cl
www.clinicalascondes.cl/DOCENCIA/Cursos.aspx

Informaciones:
Dirección Académica, Clínica Las Condes
La Fontecilla 441, Las Condes
Teléfonos (56) 2 2610 3255
2 2610 3250 - 2 2610 3151

Descargue la App de CLC escaneando el código con su celular



Patrocinadas por: 

7º CURSO
MICROCIRUGÍA DE LOUISVILLE EN SANTIAGO

INCLUYE DISECCIÓN CADAVERICA Y SUTURA DE HERVIDOS

Directores:
Dr. Luis Schnapp
Dr. Manuel Miéndez
Dra. Susana Benítez

Dirigido a:
traumatólogos, cirujanos plásticos, miótilos faciales, cirujanos vasculares, cirujanos cabeza y cuello, neurocirujanos, urólogos, otras especialidades quirúrgicas o médicos en etapa de formación.

Director Invitado Internacional
Dr. Gustavo Pérez Abadía
Louisville, Kentucky, EEUU

Auspician:


Mayor información:
info@cursumicrocirugia.cl
sromero@clc.cl
Srta. Solange Romero
Tel. (56) 2 2610 3151

11 al 22 de diciembre 2017

CURSO INTENSIVO DE 5 DÍAS
N° de Talleres = 2 Horario = 9:00 a 17:00 hrs
Cupos por Taller = 5 alumnos Estacionamiento liberado

Certifica Universidad de Louisville, Kentucky, EEUU
Departamento de Traumatología, Facultad de Medicina
Universidad de Chile.

Organizadores:
Departamento de Ortopedia y Traumatología Universidad de Chile
Departamento de Ortopedia y Traumatología Clínica Las Condes
Departamento Cirugía Plástica Clínica Las Condes

www.cursumicrocirugia.cl



CURSO
PULMÓN BLANCO AL TERCER DÍA
¿Es sólo Distrés?

15 DE DICIEMBRE 2017

Auditorio Dr. Mauricio Wainer Norman
Clínica Las Condes, La Fontecilla 441, Las Condes

Temas
- Actualización en VMI
- Actualización en SDRA
- Enfermedades pulmonares intersticiales
- Pulmón reumatológico
- Imágenes pulmonares
- Rol de la biopsia y estudio invasivo
- Infecciones
- Terapias de rescate (ECMO)

Expositores
Dr. Jaime Retamal Unidad de Pacientes Críticos HPUC
Dr. Tomás Regueira Centro de Pacientes Críticos CLC
Dr. Matías Florezano Centro enfermedades respiratorias y Cirugía torácica CLC
Dra. Verónica Wolff neumatología CLC
Dra. Patricia Bitar Radiología CLC
Dr. Rodrigo Blamey infectología CLC
Dr. David Lazo Centro enfermedades respiratorias y Cirugía torácica CLC
Dr. Rodrigo Díaz anestesia y ECMO CLC

Coordinadores
Dr. Cristián Deza
Dr. Jorge Dreyse

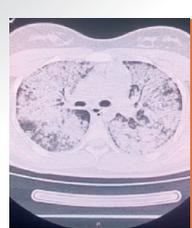
Descargue la App de CLC escaneando el código con su celular

Valores Curso

Médicos	\$30.000
Médicos sociabilidos	\$20.000 (con certificado)
Kinesiólogos y enfermeras	\$10.000
Médicos becados	liberados (con certificado)

Inscripciones
E-mail: da@clinicalascondes.cl
www.clinicalascondes.cl/DOCENCIA/Cursos.aspx

Informaciones
Dirección Académica, Clínica Las Condes
La Fontecilla 441, Las Condes
Teléfonos (56) 2 2610 3255
2 2610 3250 - 2 2610 3151



CLÍNICA LAS CONDES

