

PROPOSICION DE UN MODELO DE NORMALIDAD EN SALUD MENTAL Y CLASIFICACION MULTIAXIAL

Alberto PERALES*, Ramón LEON** & Juan E MEZZICH***

PALABRAS CLAVE : Normalidad - Salud Mental - DSM-III
KEY WORDS : Normality - Mental Health - DSM-III

Los autores proponen el uso de un modelo sencillo y de utilidad práctica para el trabajo clínico del equipo de salud mental. Tal modelo permite: 1. Conceptualizar la normalidad y la anormalidad como el resultado del balance dinámico (no psicodinámico), entre las áreas sanas y enfermas de la personalidad en las que la normalidad y anormalidad absolutas serian utopías clínicas; 2. Facilitar el diagnóstico de tal balance tanto por medio de la evaluación de la psicopatología como de las potencialidades sanas del individuo; 3. Relevar que en psiquiatría, a diferencia de otras ramas de la medicina, el balance dinámico de la salud se puede lograr no sólo por la reducción de lo que constituye la enfermedad, sino, por el desarrollo y maduración de su contraparte, la salud; 4. Posibilitar el diseño de estrategias terapéuticas que faciliten no sólo la interacción sistematizada de diversas técnicas sino la participación de diferentes profesionales y aún de la familia, cumpliendo roles complementarios en el manejo del paciente en una verdadera tarea de equipo y favoreciendo la delegación de funciones; 5. Estimar integralmente el pronóstico. Sobre dicha base proponen la evaluación sistemática de las áreas o potencialidades biopsicosociales sanas, terapéuticamente explotables, en los ejes del sistema diagnóstico multiaxial del DSM-III, lo que plantea la urgente necesidad de crear instrumentos y técnicas para tal finalidad.

PROPOSAL OF A NORMALITY MODEL IN MENTAL HEALTH AND MULTIAXIAL CLASSIFICATION

The authors propose a simple theoretical model of normality useful for the mental health team's work. Such model allows: 1. To conceptualize normality and abnormality as the final result of the dynamic balance between healthy and unhealthy areas of the human being. In this sense, absolute normality or abnormality would be clinical utopias; 2. To make the diagnosis of such balance by systematic evaluation of as much of the subject's psychopathology as of his healthy resources; 3. To emphasize that in mental health a healthy dynamic balance can be obtained either by reduction of what constitutes the unhealthy area or by the growing and maturation of his counterpart the healthy one; 4. To design the therapeutic strategy facilitating not only the integration of different therapeutic techniques but also the coordinated participation of the mental health team members and even of the patient's family members allowing the correct delegation of therapeutic tasks; 5. To estimate a comprehensive prognosis of the case. Finally, the authors propose to systematically include the evaluation of the patient's biopsicosocial potentials in the multiaxial diagnosis claiming for the urgent need to develop better tools and techniques for that purpose.

- * Director Ejecutivo, Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; Profesor Principal de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- ** Jefe, Servicio de Psicología del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; Profesor de Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia
- *** Profesor, Universidad de Pittsburgh. Western Psychiatric Institute and Clinic

INTRODUCCION

El empleo de diversos modelos de enfermedad en psiquiatría ha determinado que el concepto de normalidad asuma también líneas de enfoque particulares. Así, consciente o inadvertidamente suele aplicarse sinonimias no siempre ajustadas a la realidad clínica entre los conceptos de normalidad, salud, madurez, y ajuste, que, al no ser precisadas adecuadamente, en lugar de aclarar generan confusión.

El propósito de este trabajo no es, por cierto, llevar a cabo una revisión conceptual de conjunto sobre el tema. Tal tarea superaría largamente los límites habituales de un artículo y, además, ha sido ya cumplida por numerosos teóricos de la psiquiatría (e.g., Delgado 1953; Offer & Sabshin 1967) y de la psicología (e.g., DiCaprio 1973, Keupp 1979). La finalidad que anima a los autores es otra; se trata de proponer un modelo de «normalidad» con propósitos clínicos, y en base a esta proposición inicial, discutir la conveniencia de considerar sistemáticamente la evaluación de los aspectos normales del paciente en la evaluación de éste y las posibilidades que el modelo multiaxial ofrece para este efecto.

Plenamente conscientes de la complejidad de la conducta humana y de la inutilidad de querer asirla por medio de enfoques unilaterales, esperamos que el modelo ofrezca al profesional que trabaja en salud mental un instrumento conceptual sencillo y práctico que le permita: 1) Una mejor identificación diagnóstica en la práctica clínica de lo que es «normal» y «anormal» en cada individuo; 2) Un diseño más operativo de la estrategia terapéutica en cada caso concreto, basándose en la consideración integral del paciente y en la combinación planificada de técnicas provenientes de las diferentes escuelas psiquiátri-

cas, psicoterapéuticas y psicológicas; y 3) Una estimación más objetiva del pronóstico.

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL MODELO EN LA CIENCIA

Es muy importante distinguir entre el fenómeno observable en sí mismo y el modelo utilizado para su estudio. Neyman (1954), citado por Meyer (1973) señala, respecto a los modelos matemáticos, hoy tan en boga, lo siguiente: «cada vez que utilizamos las matemáticas con el objeto de estudiar fenómenos observables es indispensable empezar por construir un modelo matemático (determinístico o probabilístico) para estos fenómenos. Necesariamente, este modelo debe simplificar las cosas y permitir la omisión de ciertos detalles. El obstáculo central que cualquier modelo debe sortear es el referido a si logra representar, con economía de recursos, pero al mismo tiempo, con suficiente claridad, el objeto o fenómeno que pretende explicar». Neyman, en la cita previa, señala que algunos detalles pueden perderse pero lo central debe, necesariamente, estar incluido, tal como se deduce de lo que a continuación se agrega: «El éxito del modelo depende de si los detalles que se omitieron tienen o no importancia en el desarrollo de los fenómenos estudiados. La solución del problema matemático puede ser correcta y aún así estar muy en desacuerdo con los datos observados, debido, sencillamente, a que no estaba probada la validez de las suposiciones básicas que se hicieron. Corrientemente, es bastante difícil afirmar con certeza si un modelo matemático es adecuado o no, antes de obtener algunos datos mediante la observación. Para verificar la validez del modelo, debemos deducir un cierto número de consecuencias

del mismo y luego comparar con las observaciones esos resultados predichos».

Pero no todos los modelos son matemáticos. Inclusive, podemos decir que aquellos que intentan explicar por primera vez un fenómeno cualquiera, poseen, más bien, una forma gráfica, y muchas veces muy simple. Así, en mayor o menor medida, todo modelo en ciencia asume tal forma, que constituye, digámoslo así, su expresión tangible. Esta forma gráfica puede darse por medio de símbolos, tales como cifras o letras, p.ej., el esquema de Hempel-Oppenheim (1984), que permite describir la estructura lógica de la explicación y predicción científicas; o a través de diagramas especialmente preparados, p.ej., el «cubo de la inteligencia de Guilford (1967). En consecuencia, el carácter gráfico del modelo será tanto más acentuado y recurrirá a representaciones tanto más sencillas cuanto mayor sea la complejidad del fenómeno y menor el grado de conocimiento sólido sobre él. Pero, en cualquier caso todo modelo debe cumplir con las funciones que le son inherentes: explicar y proponer hipótesis que puedan ser verificadas o rechazadas.

PORQUE UN MODELO ALTERNATIVO?

Mora (1980), ha señalado que «las ciencias conductuales, y en particular la psiquiatría, se encuentran todavía en un nivel pre-paradigmático por la incertidumbre existente entre la relación mente-cuerpo, incertidumbre que refleja las dificultades de definir su foco, su metodología, sus límites y sus relaciones recíprocas»; agregando más adelante: «una gran variedad de tendencias y asunciones contrastantes son la base de los fundamentos teóricos y prácticos de la psiquiatría. La actual proliferación

de los conceptos y métodos de tratamiento psiquiátrico, ciertamente atestiguan este hecho. Estas tendencias tienden a persistir y nunca mueren; en efecto, ellas son subsumidas dentro de conceptos intelectuales y sociales más amplios, en los diversos momentos históricos, de acuerdo a las características nacionales y culturales».

El modelo médico-biológico de normalidad y de salud - por muchos años el prevalente, si no el único - nos ofrece una perspectiva, sin duda alguna valiosa, pero parcial de dicha realidad; insuficiente para ser utilizada en el área de la salud mental, cuyo enfoque por definición es de múltiples niveles. El modelo médico permite, en el mejor de los casos, determinar el tratamiento farmacológico y somático correspondientes, pero es de escasa ayuda en el diseño de estrategias terapéuticas integrales, particularmente aquellas que requieren la participación de todo el equipo terapéutico (Perales, 1982). De allí la urgencia de considerar los aportes de otras disciplinas, particularmente de las ciencias sociales, con miras a la elaboración de un modelo alternativo que apunte a un paradigma integrador, tomando en cuenta, por supuesto, los niveles biológicos, psicológicos y sociales de la salud, en el caso que nos ocupa, de la salud mental, pero, como muy bien apunta Mora, «a la luz del momento histórico y de acuerdo con las características nacionales y culturales». Los autores sostienen que el modelo que plantean permite tales posibilidades. Sin embargo, no albergan duda alguna que el modelo en su sencillez y en su carácter aún inicial, debe sufrir reelaboraciones y reformulaciones, o eventualmente ser descartado en base a la crítica del mismo y a la retroalimentación que ofrezcan la investigación y la práctica clínicas, así como por el avance científico tanto de

la medicina como de las ciencias sociales.

EL MODELO QUE PROPONEMOS

El modelo que proponemos a continuación surge de la práctica clínica y el trabajo terapéutico que a lo largo de muchos años nos han permitido observaciones que sustentan el presupuesto que en todo ser humano, normal o anormal, desde el punto de vista de la salud mental, coexisten «partes» o «áreas» sanas con otras «enfermas», y que ambas se encuentran en estrecha relación (Perales, 1971)*.

Citemos dos ejemplos extraídos de nuestra propia experiencia para ubicar al lector:

OBSERVACION Nº 1

Un profesor universitario, prestigiado y de éxito en su campo, ha mantenido por muchos años la imagen de hombre maduro y ponderado. Con ocasión de una conferencia para jóvenes profesionales expone sus teorías. Uno de los asistentes cuestiona lo sustentado por el maestro, ante lo cual éste responde en tono y forma muy inadecuados, mostrando un grado de intolerancia a la crítica desconocido hasta entonces, que sorprende a la audiencia.

OBSERVACION Nº 2

En una clínica psiquiátrica en que se utiliza el enfoque de comunidad terapéutica, se realiza una

*Evidentemente, los adjetivos «sano» y «enfermo» son problemáticos: aquí los utilizamos en relación a la presencia o ausencia de características psicológicas y biológicas que favorecen un sentimiento de adecuación y que contribuyen a una impresión exterior de balance y adaptación de la conducta. Por otro lado, en el presente trabajo, el concepto de salud mental incluye el concepto de Psiquiatría.

asamblea comunitaria en la que participan cerca de 100 personas entre pacientes, cuerpo profesional y administrativo. Se discute un tema de relaciones interpersonales en conflicto entre el Jefe de Enfermería y un grupo de pacientes de uno de los pabellones. En el desarrollo de la sesión se va haciendo evidente que el médico-Jefe de este último, también mantiene una relación conflictuada con el cuerpo de enfermería y, gradualmente el tono de voz de los participantes va elevándose con referencias cada vez más dirigidas a críticas ya no laborales sino personales. De pronto, un esquizofrénico crónico, cuya participación en las reuniones se ha limitado siempre a su exclusiva presencia física, exclama desde su ubicación: «no peleen, no peleen, la unión hace la fuerza», para luego sumirse en su usual conducta autista.

Cómo interpretar estas dos conductas sin aceptar el presupuesto que, en el primer caso, a pesar de las características de madurez y adaptación del mencionado profesional, la conducta desadaptada que emerge en forma puntiforme tiene que provenir de una parte o área «menos sana», generalmente controlada por estructuras o partes «más maduras»? Y, cómo entender el pedido y consejo tan adecuados del paciente esquizofrénico crónico ofrecidos como contribución positiva al grupo instándolo a la unión en el trabajo sin aceptar que tal intervención proviene de sus núcleos o partes sanas?

Igualmente, las pruebas psicológicas nos ofrecen a cada momento visiones «panorámicas» de la personalidad en las que es posible observar la coexistencia de estructuras normales y anormales. La frecuente dispersión de puntaje en los resultados de pacientes de diversas categorías diagnósticas al responder al Inventario Multifásico de la Perso-

normalidad de Minnesota (MMPI), nos ofrece una evidencia adicional: al lado de puntajes altos y manifiestamente anormales en, por ejemplo, la escala de Ma. (manía) y Hy. (histeria) aparecen puntuaciones normales en Pt. (psicastenia). Todo esto en el protocolo de respuesta de un mismo individuo.

Por cierto, no sólo la experiencia clínica de los autores y los protocolos de las pruebas psicológicas sirven de sustento a la afirmación formulada. Aunque no nos proponemos ser exhaustivos en el tratamiento del tema, queremos hacer una mención a las ideas propuestas desde la perspectiva psicoanalítica por Heinz Hartmann (1969), quien ha abordado el problema de la salud mental en un valioso trabajo publicado originalmente en 1939. En su estudio, Hartmann señala que la normalidad implica también una cierta medida de irracionalidad, afectividad y espontaneidad no controladas. La flexibilidad, que se considera un aspecto fundamental de la normalidad, no significa adaptación a toda situación, sino supone que, independientemente de ésta, el sujeto debe ser capaz de comportamientos autónomos en los que él expresa su singularidad como ser humano y la jerarquía de valores que lo distinguen. Aunque no psicólogo, pero sí un profundo conocedor del alma humana, el Duque de La Rochefoucauld, anota que «quién vive sin locura, no es tan sabio como piensa» (La Rochefoucauld, 1983).

En el contexto de la salud mental, el modelo que proponemos permite entender la salud y la enfermedad del sujeto en términos del balance logrado entre aquellas partes sanas y enfermas que, como hemos mencionado, todo individuo posee, de modo tal que la salud o enfermedad absolutas serían utopías clínicas. De este modo, cuando decimos que un individuo es sano nos estamos refiriendo a un

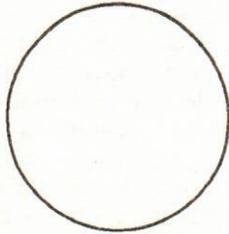
Balance Positivo y cuando decimos que es enfermo, a un Balance Negativo.

En el Cuadro N° 1, diagramamos en nuestro modelo, los conceptos clásicos de normalidad y anormalidad. En la parte superior, la representación del primero, que plantea la existencia de una «normalidad absoluta o ideal», caracterizada por la perfecta -y por ende, inexistente- adecuación de todas las funciones en todos los momentos de la existencia de un individuo. En el círculo de la derecha podemos apreciar la representación de la normalidad real, en la que se incluye también una pequeña «zona enferma» pero en el balance general es «la sana» la que predomina (Balance Positivo) que habrá de determinar la tendencia a la adecuación de la conducta. En tales casos, los pequeños «núcleos enfermos» no son considerados «oficialmente» como psicopatología, aunque evidentemente, son vislumbres de ella.

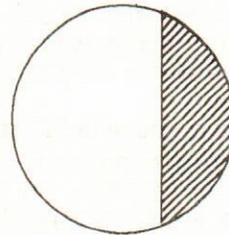
Estos atisbos de psicopatología se mantienen dentro de niveles controlables en la personalidad a la que consideraríamos ajustada o normal, es decir, no interfieren de modo substancial con el funcionamiento y productividad del individuo e, inclusive, pueden conferir cierta vivacidad y hasta atractivo a su conducta (piénsese en artistas o pensadores algo excéntricos). Pero, de otro lado, como veremos más adelante, ante la presencia de determinadas circunstancias, o estímulos específicos estos «núcleos» pueden manifestarse de manera puntiforme o desarrollarse y alterar el balance positivo expuesto y, entonces sí jugar un rol interferente de la conducta.

Predominando en este gráfico la «zona sana» sobre la «enferma» (balance positivo), el sujeto se halla en condiciones de normalidad, apareciendo como tal no sólo a los ojos de los demás sino, también y sobre todo,

CUADRO Nº 1
NORMALIDAD - ANORMALIDAD
EN SALUD MENTAL

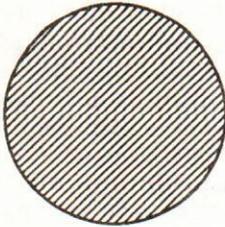


NORMALIDAD IDEAL

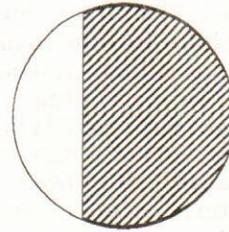


NORMALIDAD REAL
BALANCE POSITIVO

EL BALANCE POSITIVO HACE QUE EL AREA SANA RIJA LA CONDUCTA. NECESIDAD (OBJETIVA O SUBJETIVA) DE RECIBIR AYUDA PROFESIONAL ES INEXISTENTE O MINIMA.



ANORMALIDAD IDEAL



ANORMALIDAD REAL
BALANCE NEGATIVO

EL BALANCE NEGATIVO HACE QUE EL AREA ENFERMA RIJA LA CONDUCTA. NECESIDAD (OBJETIVA O SUBJETIVA) DE RECIBIR AYUDA PROFESIONAL ESTA PRESENTE.

a los de él mismo, con lo cual la necesidad sentida de recibir alguna suerte de ayuda profesional es inexistente o mínima. Resulta claro que el sentirse normal no depende de modo exclusivo del grado en el cual uno satisface los criterios de normalidad de una sociedad determinada; también factores tan sutiles y difíciles de ser evaluados con precisión, como autoconocimiento, conciencia de enfermedad, autoestima, juegan un rol de importancia.

En todo caso, lo concreto aquí es que la necesidad de intervención te-

rapéutica (necesidad objetiva o subjetiva) por parte de una persona «normal», es relativamente pequeña.

En la parte inferior del Cuadro Nº 1 diagramamos la representación correspondiente a una persona anormal o enferma. A un lado hallamos el modelo ideal de la anormalidad en el plano psicológico: total omnipresente. La anormalidad así considerada, excluye cualquier rasgo normal. Este modelo, por supuesto, corresponde tan poco a la realidad como el modelo clásico de normalidad. Presentamos, asimismo, el gráfico correspondiente

a la anormalidad real, en la que siempre se considera la presencia de partes sanas, si bien en el balance general son las patológicas las que predominan (balance negativo). Este predominio del área enferma genera un funcionamiento desadaptado (desadaptado según cada tiempo y cultura) determinando la necesidad, objetiva o subjetiva, de intervención profesional.

Como corolario tenemos tres alternativas de intervención terapéutica (I.T.) que representamos en el Cuadro N° 2

A. Reducir la zona enferma; B. Desarrollar la zona sana, siempre posible de crecimiento; y C. Ejecutar A y B al mismo tiempo.

El énfasis en A, B, o C, dependerá de los factores causales y de la dinámica identificados en cada caso concreto. El objetivo final, sin embargo, será siempre el mismo: la positivización del balance (Perales, 1983) (Ver Cuadro N° 2 y 2.1).

Los factores biológicos, codeterminantes de la conducta humana, en su complejidad y por cierto también en su misterio, no pueden ser analizados en este trabajo pero sí están considerados implícitos en lo que podría corresponderles como substrato ya normal o patológico de cada una de las zonas mencionadas. Cabe aquí señalar el enorme valor heurístico y práctico del enfoque biopsico-social propuesto por Engels (1980).

El hombre, en efecto, no existe en aislamiento y tanto la salud como la enfermedad constituyen la resultante de la interacción permanente entre el balance de partes sanas y enfermas y otros factores externos de lo que en líneas generales llamamos medio ambiente.

A la luz de lo dicho, el modelo que proponemos en el presente trabajo formula el presupuesto de que las «partes» o «áreas» sanas y enfermas

que estructuran la personalidad de todo individuo interactúan entre sí y con las correspondientes de otros seres humanos y el ambiente en general, determinando diversas transacciones, saludables o patológicas (adaptativas o desadaptativas), cuyo balance final determinará su nivel de salud mental. Sobre esta base hipotética el modelo tiene como objetivos:

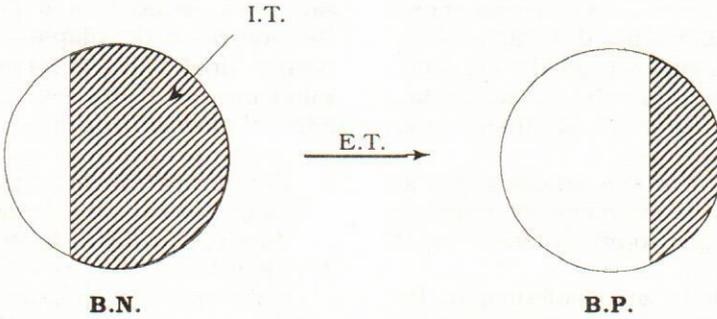
1. Facilitar el trabajo diagnóstico en salud mental, no sólo de lo enfermo sino también de lo sano;
2. Identificar los modos o patrones cómo se relacionan ambas «partes» o «áreas» entre sí y con el ambiente en general (incluidos otros seres humanos);
3. Facilitar el diseño de los objetivos y las estrategias terapéuticas por medio de la disminución o neutralización del «área enferma» y/o promoción de la salud mental con desarrollo de la «parte sana»; o ambas;
4. Facilitar la integración de técnicas en la práctica clínica y la acción coordinada de diversos niveles de acción profesional en el manejo concreto del paciente.
5. Facilitar la estimación pronóstica no sólo en virtud de la evaluación de la patología sino, fundamentalmente, de las potencialidades sanas (positivas) del paciente, pasibles de ser terapéuticamente explotables.

IMPLICANCIAS DEL MODELO PROPUESTO

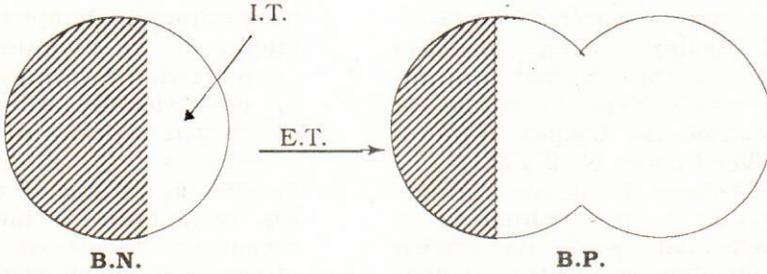
1. Diagnósticas.

Tal como señala Mezzich (1985), el vocablo diagnóstico, etimológicamente tiene dos acepciones: 1) Distinguir, que en medicina se refiere al proceso de diferenciar las categorías de enfermedad identificando, con precisión, el trastorno que aqueja al paciente; y 2) Conocer cabalmente, lo

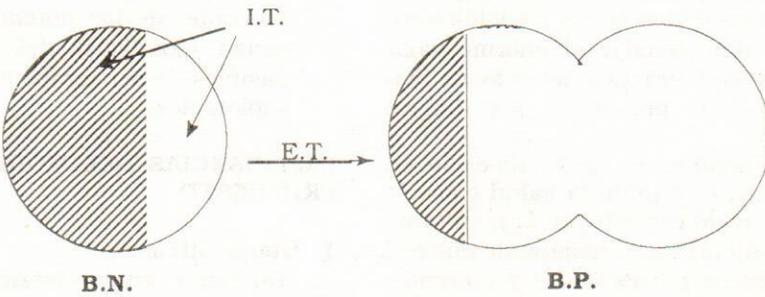
CUADRO Nº 2 INTERVENCION TERAPEUTICA EN SALUD MENTAL



AQUI SE LOGRA LA SUPERACION DE LA ANORMALIDAD POR REDUCCION DE LO ENFERMO. (TRATAMIENTOS PSICOFARCOLOGICOS, BIOLOGICOS, PSICOQUIRURGICOS Y OTROS)



EN VARIOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y EMOCIONALES, PUEDE LOGRARSE LA SUPERACION DE LA ANORMALIDAD POR DESARROLLO, (MADURACION), DE LAS POTENCIALIDADES SANAS (DIVERSOS TIPOS DE PSICOTERAPIA TIENEN ESTE OBJETIVO).



SE HA LOGRADO LOS DOS OBJETIVOS: REDUCIR LO ENFERMO Y DESARROLLAR LO SANO. EL ALCANZAR AMBOS OBJETIVOS PUEDE SER EL RESULTADO DEL EFECTO COMBINADO DE DIVERSAS TECNICAS.

IT : Intervención Terapéutica
ET : Efecto Terapéutico

BN : Balance Negativo
BP : Balance Positivo

que se refiere al proceso de comprender integralmente la condición del sujeto. Precisamente, este significado, en opinión de Mezzich, se refleja en la nueva orientación diagnóstica multiaxial de la psiquiatría, conocida abreviadamente como sistema de clasificación DSM-III.

Como se sabe, de acuerdo al DSM-III (American Psychiatric Association, 1981), cada sujeto es evaluado en 5 Ejes (Axis): I, Diagnóstico de trastorno mental; II, Diagnóstico de Trastorno de Personalidad; III, Diagnóstico de Trastorno Físico o alteración del Desarrollo; IV, Severidad del Stresor Psicossocial; y, V, Nivel de Funcionamiento Adaptativo durante el último año. Aunque, no es éste el lugar para una discusión detenida de tal enfoque, queremos señalar lo pertinente a nuestra proposición.

Ejes I y II.

Debemos, en primer lugar, precisar que hablar de enfermedad o de trastorno como entidad aislada es un constructo, pues, tal como ha puntualizado Seguin (1987), la enfermedad no depende solamente de la agresión del agente o factores mórbidos, sino, también, de la respuesta del organismo a tal ataque, fundamentalmente. Así, en la dinámica de la salud (en la que siempre estamos defendiéndonos de la agresión del medio ambiente), o de la enfermedad (en que la agresión supera las defensas del organismo o éstas se ejercen tan desproporcionada o inadecuadamente que rompen el equilibrio homeostático, p.ej., la alergia), el conjunto indivisible de la acción mórbida y la respuesta compensatoria del organismo requerirán siempre, para su cabal comprensión, de un estudio o diagnóstico integral de la interacción entre las áreas sanas y enfermas del ser humano.

Por consiguiente, el primer co-

rolario del modelo propuesto tiene que ver con el nivel diagnóstico. El modelo obliga que en salud mental se tenga como misión no sólo determinar y clasificar la psicopatología sino, también, ubicar y valorar las potencialidades sanas presentes en todo individuo. En otras palabras, el objetivo es determinar el balance de las partes sanas y enfermas de cada consultante. La entrevista, las pruebas psicológicas, el estudio del medio ambiente del sujeto, y la evaluación de todos los factores condicionantes, debe orientarse a la valoración y precisión de tales áreas. En la práctica clínica ésto no sucede; las evaluaciones suelen concentrarse casi exclusivamente en lo patológico, nivel en el cual la moderna tecnología ha hecho logros importantes, pero que rara vez se dirigen a las áreas sanas, a los recursos positivos que anida todo sujeto. La necesidad de instrumentos clínicos adecuados y técnicas apropiadas de la evaluación de potencialidades sanas deviene, así, en urgente necesidad.

Por otro lado, «no debe olvidarse que la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico ha sido y es muy discutida y que, a pesar del importante avance logrado por la clasificación multiaxial, los criterios diagnósticos utilizados para definir trastornos específicos, se basan en el juicio clínico y aún no han sido enteramente validados» (DSM-III-R, 1987).

Si lo mencionado se aplica al Eje I, lo es con mayor pertinencia para el Eje II. Al respecto, es un hecho conocido que los sistemas clasificatorios de la personalidad adolecieron siempre de escasa confiabilidad. Aunque, «el DSM-III ha mejorado considerablemente este aspecto, los trastornos de personalidad, como grupo, continúan teniendo niveles de confiabilidad más bajo que cualquier categoría mayor de la clasificación» (Spitzer, Forman, Nee, 1979). Estudios recientes seña-

lan aún discrepancias en la confiabilidad y validez de los trastornos de personalidad (Frances, 1980; Mellso, Varghese, Joshua, and Hicks, 1982; Drake and Vaillant, 1985).

Eje III

Designado para especificar cualquier trastorno físico o biológico relevante para la comprensión del trastorno mental, debiera incluir las potencialidades sanas que posibilitan mayor flexibilidad en el empleo de estrategias terapéuticas más agresivas.

Eje IV

En cuanto a la evaluación del grado de severidad del estresor psicosocial, su validez ha sido objeto de pocos estudios, aunque el realizado por Zimmerman et al. (1985), en términos generales parece apoyarla, aún no existe evidencia que soporte su valor pronóstico (Zimmerman et al. 1987).

El punto importante a considerar es que el estresor psicosocial no puede evaluarse, en cuanto a su severidad, en exclusiva relación a sus características externas o reales, pues, lo clínicamente importante es la significación vital o personal que el evento tiene para el sujeto. Ciertamente, lo que para uno puede ser un acontecimiento singularmente decisivo, para otros, tal vez, no pase de constituir un suceso de relativo significado, dependiendo lo uno o lo otro de la personalidad de cada cual y de su cognición sobre el hecho (Meichenbaum, 1977; Beck, 1984).

Más aún, «un evento vital crítico», puede tener consecuencias tanto positivas como negativas. Sucesos tales como el divorcio, el cambio de ocupación, el cambio de domicilio, parecen tener esta doble posibilidad, mientras que otros, como la muerte de los padres, del cónyuge, la pérdida

del trabajo, en general, suelen ser consideradas como experiencias casi exclusivamente negativas. Si los primeros, sin embargo, pueden ser tanto positivos como negativos, esto depende no sólo de ellos mismos sino, en particular, de otras circunstancias tales como el momento de su ocurrencia, las necesidades que se satisfacen o no, pero, en definitiva, de los significados cognoscitivos que el sujeto les adjudique, los que funcionarán como estímulos de sus áreas sana o enferma de acuerdo al caso. Por otro lado, debe señalarse que actualmente el concepto de enfermedad ha dejado de ser considerado un fenómeno individual y que la hipótesis del Soporte Social viene aportando valiosa información para explicar porqué algunas personas, a pesar del estrés sufrido, son capaces de responder en mejores términos, no solo en virtud de sus recursos individuales sino en razón del soporte social del que disponen. En este sentido, incluir en la evaluación los aspectos favorables del ambiente familiar y social que otorgan soporte al paciente, resulta indispensable para una comprensión integral del caso. Una vez más, será el balance de las influencias positivas y negativas las que finalmente incidan en la homeostasis.

Eje V

Este último eje abarca aspectos que pueden ser de interés para la proposición que hemos formulado anteriormente. En él se consideran aspectos tales como las relaciones sociales, el funcionamiento ocupacional, el uso del tiempo libre. Sin embargo, el eje V hace referencia, como su denominación lo indica, al funcionamiento en el pasado, sin abordar o tratar de modo detenido los aspectos «preservados». Muchos aspectos potenciales presentes, inclusive en casos de patología severa, quedan, en

nuestro concepto descuidados. Nada se dice, por ejemplo, sobre el sentido del humor, quizás en algunos estrambótico, pero en todo caso, presente en muchos pacientes; nada se dice de la filosofía de vida implícitos (las *Weltanschauungen*, de las que habló Jaspers, 1955), que siendo aún, parte integrante de cuadros psicopatológicos de envergadura, poseen aristas valiosas que contribuyen al funcionamiento (aunque sea precario) del paciente, y que manejadas con el arte propio del terapeuta, pueden, paradójicamente, contribuir a la mejoría o recuperación del mismo. Un ejemplo que nos parece muy apropiado es la técnica terapéutica de inducción paradójica de Frankl, 1970.

La evaluación de las potencialidades y recursos actuales del paciente, pasibles de ser explotados terapéuticamente, supondría hacer justicia a las reflexiones que venimos desarrollando sobre la presencia de aspectos sanos de la personalidad, importantísimo para los programas de rehabilitación que eventualmente habrán de seguir, y que además se constituiría en un primer indicador para el terapeuta, y todo aquel interesado en la problemática de la Salud Mental, para saber donde iniciar su acción recuperadora (Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, 1986).

En consecuencia, proponemos que el enfoque diagnóstico multiaxial revisado (American Psychiatric Association, 1987) de tan positivos dividendos en la práctica e investigación clínicas, considere sistemáticamente en sus ejes de evaluación las potencialidades sanas del consultante, tanto biológicas, psicológicas cuanto sociales.

2. Terapéuticas

El modelo, de otro lado, hace referencia a una meta ideal: la des-

aparición de las áreas enfermas y el total predominio de las partes sanas en cada individuo. Sin embargo, en la mayoría, por no decir la totalidad de los casos, ésto permanece como un ideal inalcanzable. En primer lugar, porque no hay un conocimiento suficiente respecto al substrato orgánico sobre el que asienta la patología y que, por ende, no podemos corregir. Pero, además, porque las características del trastorno pueden ser tales, y sus complejos vínculos con las áreas normales de la personalidad de tal índole, que la psicopatología constituye un elemento decisivo para el mantenimiento de una organización de la personalidad débil pero funcionante que, de otro modo, podría colapsar. Yace aquí un aspecto que la consideración diagnóstica en salud mental debe tener muy en cuenta.

Lo cierto es que una estructura de tal naturaleza puede llevar al terapeuta a la consideración de que lo más apropiado sería quizás sólo una reducción parcial de, o incluso «no tocar» lo patológico y que el trabajo debe ser efectuado más bien reforzando algunos aspectos de la parte normal, rozando cautelosamente algunos focos anormales y desarrollando aspectos hasta ahora poco utilizados en el individuo.

2.1. Objetivos Terapéuticos

El el Cuadro N° 2, representamos los objetivos terapéuticos. En los círculos superiores se aprecia la reducción del «área enferma» (por efecto de tratamientos biológicos, psicofarmacológicos, neuroquirúrgicos y psicológicos específicos), y por ende, la positivización del balance. En los círculos medios se representa la positivización del balance por medio del desarrollo de las «áreas sanas» de la personalidad, creando, mejorando o reforzando mecanismos de autocontrol; modificando cogniciones

distorsionadas o patológicas; proporcionando nuevos repertorios psicossociales de ajuste; adiestrando al consultante en técnicas de inmunización contra el estrés, solución de problemas y otros. Y, en los círculos inferiores se representa el logro obtenido por la combinación de ambos tipos de intervención. Lo esencial es positivar el balance para generar una conducta, sino normal, al menos no tan patológica.

Todos estos mecanismos imponen una reestructuración cognoscitiva, aunque sea parcial, o el desarrollo de una filosofía de vida que permita sobrellevar las dificultades que ocasiona la patología presente o, por lo menos, el distanciamiento de ella. Frankl, el creador de la Logoterapia, destaca la importancia del sentido del humor dentro de este enfoque (Frankl, 1970), aspecto que ha sido también relevado por otros teóricos (Allport 1961; Titze 1985). Debe, igualmente resaltarse la importancia de los valores espirituales en la estructura de la personalidad. Como lo ha señalado Buhler (1962), y recientemente Strotzka (1983), no es posible una personalidad sana sin que antes se haya desarrollado en el individuo una escala de valores. Mención aparte, que aquí no hacemos por razones de espacio, merecería la importante contribución de la familia.

Queremos detenernos en la consideración de lo expuesto a la luz de los objetivos y consecuencias para la psicoterapia del modelo que proponemos.

Para decirlo de una manera simple y asimismo gráfica, la labor psicoterapéutica, en términos de nuestro modelo, «supone ganar espacio» o crear «nuevos espacios», esto es, agregar a la zona sana nuevas «unidades de territorio» que significa que en el consultante el efecto de la psicoterapia va dejándose sentir en las diferentes funciones y procesos

psicológicos.

Si quisiéramos recurrir a un ejemplo de la actividad lúdica para ilustrar lo que estamos diciendo, podríamos afirmar que a lo largo del proceso psicoterapéutico, el especialista va «armando y desarmando», algo así como un rompecabezas, reestructurando formas y clarificando panorámicas, tanto para él como para el consultante, dentro del esquema en el cual trabaja.

En esto aparecen dos problemas: de un lado el referido a la evaluación de las reestructuraciones que se producen; y, de otro, la necesidad de que esta evaluación se produzca periódicamente.

El primer problema presenta numerosas y complejas aristas, difíciles de abordar. Muchas de las reestructuraciones que se llevan a cabo se manifiestan sólo después de un largo tiempo, en algunos casos, inclusive, cuando la labor psicoterapéutica ha concluido; o, aunque se producen durante el proceso, en algunos casos, son particularmente elusivas y difíciles de precisar, también a los ojos del terapeuta, de modo tal que aquel no puede informar con la debida objetividad acerca de los cambios producidos. ¿Cómo evaluar de modo preciso fenómenos tales como «creciente autoconciencia», «mayor capacidad introspectiva», por mencionar sólo un par de casos? ¿Cómo establecer medidas para estos complejos fenómenos?

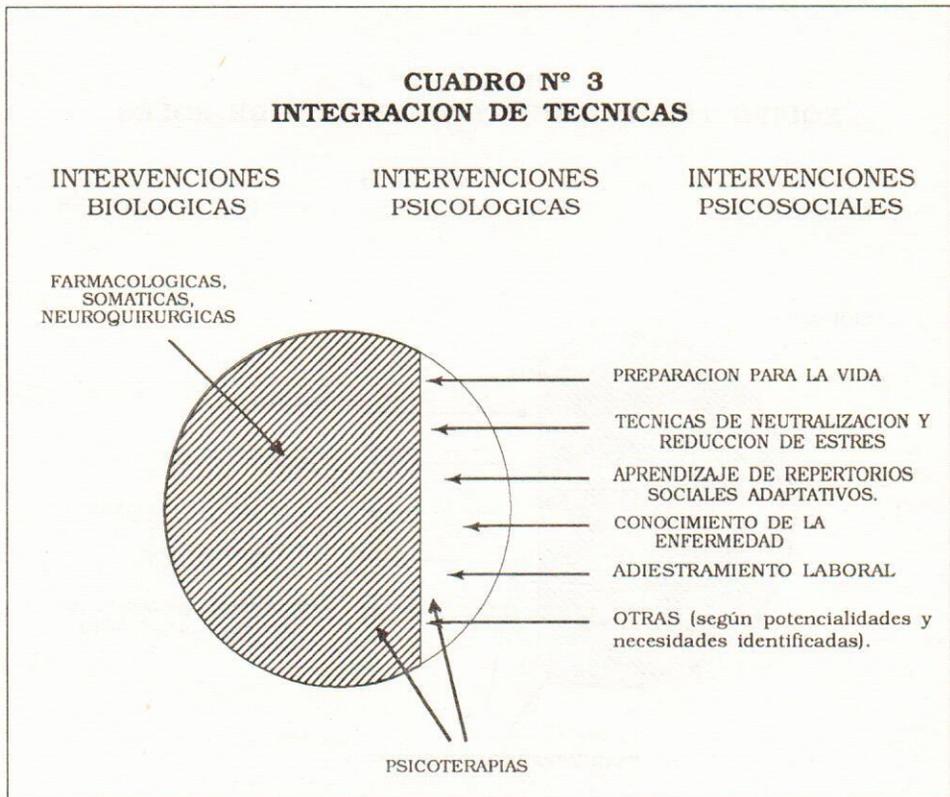
Lo referente a la evaluación periódica se presenta de un modo más claro: la evaluación periódica tiene que ver con la necesidad de registrar los cambios producidos en el sujeto. La positivización del balance, a la que nos hemos referido antes, debe ser visible al psicoterapeuta y, aún más, en la medida de lo posible, cuantificable. Psiquiatras y psicólogos han venido desarrollando, por lo general, instrumentos que focalizan en

la evaluación y detección de aspectos psicopatológicos; pero, la necesidad de creación de nuevos instrumentos, más precisos que permitan la valoración de lo positivo y las virtualidades del cliente continúa siendo, en realidad, una urgencia.

2.2. Integración de Técnicas

De este corolario se desprende, además, mecanismos y posibilidades de acción. Nuestro modelo en su sencillez y en su carácter gráfico, no se reconoce deudor de ninguna corriente o escuela psiquiátrica, psicoterapéutica o psicológica en particular, sino que, creemos, queda abierto para su empleo desde diversos enfoques teóricos. De allí que, por un lado el modelo permite, sin ningún obstáculo, integrar técnicas prove-

nientes de diferentes canteras conceptuales. En claro contraste con ciertos exclusivismos doctrinarios lo cierto es que nada impide, por ejemplo, combinar intervenciones farmacológicas o somáticas que incidan en la disminución de los biológicamente enfermo por medio de la corrección de los mecanismos neurofisiológicos u orgánicos subyacentes alterados, con técnicas psicoterapéuticas dirigidas a la modificación cognoscitiva, solución de conflictos inconscientes o conscientes, o de adiestramiento psicosocial orientado a la adquisición de nuevos repertorios adaptativos de conducta que intenten promover y desarrollar lo sano. Algunos autores han intentado ya un enfoque integral de la terapia (Lazarus 1971). En el Cuadro N° 3 represen-



tamos una estrategia terapéutica con integración de técnicas, que puede variar de acuerdo a las necesidades del caso.

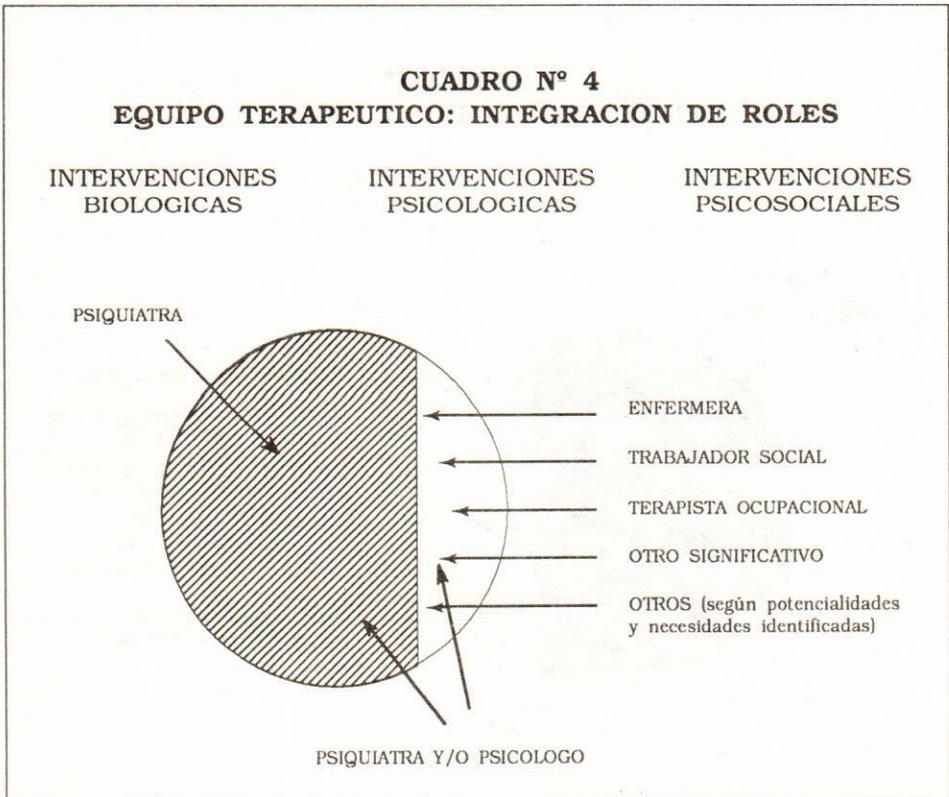
2.3. Integración de roles terapéuticos

A partir de la consideración de la existencia de zonas sanas, inclusive en pacientes con severa patología, se crea un espacio para el trabajo conjunto y armónico de diversas disciplinas. Más aún, el modelo permite organizar una estrategia terapéutica en la que puede coordinarse la participación no sólo del médico, la figura central en el modelo tradicional de salud-enfermedad, sino también la de otros profesionales, tales como el psicólogo, el trabajador social, la enfermera, la terapeuta ocupacional, los pedagogos y otros agentes en la

tarea de la promoción de salud mental. Y, por último, permite la inclusión de los otros significativos de la red de soporte social del paciente que funcionan como psicoterapeutas sociales, operativizando un postulado fundamental en Salud Mental: el trabajo en equipo. En el Cuadro N° 4, representamos el esquema integrado de trabajo de las diferentes personas que, en torno al paciente, desempeñan diferentes roles terapéuticos. Tal esquema variará de acuerdo a las necesidades de cada caso y la creatividad terapéutica del equipo.

3. Pronósticas

El diagnóstico médico de patología no permite la estimación adecuada



del pronóstico en psiquiatría, aunque se han hecho esfuerzos valiosos en este sentido intentando inferirlo de la presencia de ciertas características clínicas. En nuestra opinión, el pronóstico depende, más que de la patología, de las potencialidades de recuperación individuales y sociofamiliares, posibles de ser terapéuticamente explotadas. Así, de dos esquizofrénicos paranoides, tendrá mejor pronóstico «espontáneo» el que haya respondido mejor al tratamiento farmacológico o somático, tenga mejor personalidad pre-mórbida y mejor soporte social. Sin embargo, el pronóstico puede positivizarse en cualquier caso, si antes del alta, la estrategia terapéutica se estructura en base a las áreas sanas susceptibles de aprovechamiento para el desarrollo compensatorio.

PROBLEMAS DEL MODELO

Los autores del presente trabajo son conscientes de la sencillez del modelo propuesto, y no albergan ninguna duda de que en su carácter aún inicial deberá sufrir reevaluaciones y reformulaciones, o, eventualmente, ser descartado en base a la crítica del mismo y a la retroalimentación que ofrezcan la investigación y práctica clínicas así como el avance, tanto de la medicina como de las ciencias sociales. Todo modelo, precisamente por ser el punto de partida para verificaciones y proposiciones cada vez más ambiciosas y complejas, suele presentar numerosos problemas; aparte del central, el de verificación, se advierten relevantes el lingüístico y el de su utilidad.

Digamos sólo algunas palabras acerca de las posibilidades de verificación.

Como más arriba hemos señalado, tanto la práctica clínica como la actividad psicométrica ponen de manifiesto, la presencia en una misma

persona, sana o enferma, de aspectos normales o patológicos. El psicograma de Rorschach o las «dispersiones» en un inventario de personalidad, son buenos ejemplos de lo que venimos diciendo. En lo tocante al problema lingüístico, señalamos que en un trabajo previo uno de nosotros, tratando la necesidad de una integración de las diferentes corrientes, abordó el problema de términos, de suma importancia, señalando que el lenguaje propio del enfoque conductual ofrece una base, lo suficientemente objetiva y precisa, como para la creación de una terminología uniforme (Perales 1982). Queremos insistir, de modo especial, en la necesidad de un lenguaje común y de elevar la exigencia de la precisión terminológica, particularmente en un campo como la salud mental, en la cual existe una densa nebulosidad en materia conceptual.

COLOFON

Los autores quisieran enfatizar que, a pesar de la intensa investigación en los campos de la psiquiatría y la psicología, el avance experimentado en el estudio de la normalidad y anormalidad se muestra aún limitado.

Los modelos y la proposición de los mismos constituyen vías facilitadoras por medio de las cuales se intenta avanzar en esta compleja materia. Este avance no sólo supone adquirir un sólido conocimiento sobre la normalidad y anormalidad a través de la investigación, sino también implica que los profesionales de la salud mental estén cada vez más sensibilizados hacia la consideración de factores que hasta hoy no habían sido tomados en cuenta o que habían sido sistemáticamente desdeñados. Lamentablemente, un grave obstáculo (aparte del que supone la creciente especialización), se alza en el camino

para la consideración cada vez más amplia de la normalidad y anormalidad. Nos referimos al excesivo apego doctrinario que plantea explicaciones únicas y de índole excluyente, con lo cual se cae en una peligrosa y estéril escotomización de la realidad clínica. Urge pues un intento de integración de las diferentes corrientes conceptuales vigentes en psiquiatría y psicología, algo que ha sido señalado por uno de nosotros en trabajo previo (Perales 1982).

Sin duda alguna, las formulaciones en el campo de la salud mental (llamémosla teorías, modelos, leyes, técnicas, proposiciones u otras) se enfrentan, con frecuencia cada vez mayor, al desafío que surge del reconocimiento de la importancia de factores no-médicos en ésta área. Algún día estas formulaciones deberán incluir de modo definitivo aspectos sutiles, complejos y muy difíciles de evaluar, tales como la resistencia diferente de cada individuo a situaciones críticas como desastres naturales, pérdida de seres queridos, proceso de envejecimiento, enfermedades terminales; la capacidad de adaptación y resistencia a situaciones políticas anormales (dictaduras, guerras civiles) o derivadas de dramáticos cambios en la arena política (emigración forzada); resistencia y adaptación a los cambios tecnológicos, etc.

Lo sorprendente de todos estos desafíos es que ellos forman parte no sólo de la experiencia cotidiana del «hombre enfermo» sino también del «hombre sano» o «normal». De allí que la psiquiatría, la psicología y la psicoterapia, cada vez más, deban considerar lo germinal y positivo de los individuos. Esto último, dicho así, esconde infinidad de dificultades: ¿Puede el psiquiatra, el psicólogo y el terapeuta, valiéndose únicamente de

sus respectivos saberes, elaborar una teoría de la normalidad y de los respectivos saberes, elaborar una teoría de la normalidad y de la anormalidad? ¿Pueden ellos diferenciar en toda situación, qué es lo normal y qué lo patológico? ¿No será necesario, aquí como en muchos otros aspectos de las ciencias de la conducta, la participación de los filósofos, pedagogos, religiosos y otros especialistas de las así llamadas «ciencias del hombre»? Y si así fuere, como creemos que es, estaríamos preparados para una interacción fructífera que vaya más allá de las estrecheces propias de cada especialidad?. No olvidemos que cada vez es más evidente la necesidad que experimenta el psiquiatra de delegar funciones clínicas en los otros profesionales del equipo terapéutico. La proposición de ampliar las posibilidades de acción terapéutica al interior de la clasificación multiaxial podría, tal vez, posibilitar el caso.

Una concepción de la salud mental y de la enfermedad mental que no aborde los problemas que hemos señalado, problemas que serán cotidianos para el hombre del siglo XXI, corre el riesgo de no estar a la altura de su misión y de su sentido: servir al hombre y posibilitarle una más plena existencia.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su reconocido agradecimiento a los distinguidos colegas que revisaron el manuscrito del presente trabajo, aportando valiosas críticas y pertinentes sugerencias: Drs. Renato Alarcón (Universidad de Alabama), Germán Berrios (Universidad de Cambridge) y Moisés Gaviria (Universidad de Illinois).

REFERENCIAS

1. ALLPORT GW. (1961). Psicología de la Personalidad. PAIDOS Bs. As.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION . (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised. (DSM-III-R) Washington, D.C.
3. BECK AT. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International University Press. New York
4. BECK AT; RUSH A J; SHAW BF; EMERY G. (1979) Cognitive Therapy of Depression. The Guilford Press, New York
5. BUHLER C. (1962). Values in Psychotherapy. The Free Press of Glencoe. New York.
6. DELGADO H. (1953). Curso de Psiquiatría. PP. 18-21 Imprenta Santa María. Lima
7. DICAPRIO N. (1979), La buena vida. Diana. Mexico, D.F.
8. DE LA ROCHEFOUCAULD, DUQUE (1983) Reflexiones o sentencias y máximas morales. Burguera. Barcelona.
9. DRAKE R E & VAILLANT G E (1985) A Validity Study of Axis II of DSM-III. Am J Psychiatry 142:553-58
10. ENGELS G L. (1980). «The Clinical Application of the Biopsychosocial Model» Am. J. Psychiatry, 137:535-544.
11. FRANCES A. (1980) The DSM-III Personality Disorders Section: A Commentary. Am J Psychiatry 142:1050-54
12. FRANKL V L. (1970). Psicoanálisis y Existencialismo. Ed. Fondo de Cultura Económica, Quinta reimpresión Mexico D.F.
13. GRUPO LATINOAMERICANO DE REHABILITACION PROFESIONAL (1986)
14. GUILFORD J P. (1967) The Nature of Human Intelligence. McGraw-Hill. New York
15. HARTMANN H. (1969) Ensayos sobre la Psicología del Yo. Ed. Fondo de Cultura Económica. Mexico D.F.
16. HEMPEL C G. & OPPENHEIM P. (1948) Studies in the logic of Explanation Philosophy of Science XV.
17. JASPERS K. (1953). Arzt and Patient. Studium Generale, 6:435-443
18. JASPERS K. (1955). Psicopatología General, pp. 886-899. Ed. B.A. Bini y Cia. Bs. As.
19. KEUPP H. (Ed.) (1979). Normalität und Abweichung. Munich, Viena, Baltimore. Urban & Schwarzenberg.
20. KRAPP A; HOFER M & PRELL S. (1983). Forschungswörterbuch Grundbegriffe zur Lektüre Wissenschaftlicher Texte. Munich-Viena-Baltimore. Urban & Schwarzenberg.
21. LAZARUS A A. (1971). Behavior Therapy and beyond. New York McGraw-Hill.
22. LEICHNER R. (1978). Klinische Urteilsbildung, en Pongratz L.J. (ed). Klinische Psychologist, Vol 2, 1499-1561 Gottinga-Toronto-Zurich, Hogrefe.
23. MELLISOP G; VARGHESE F; JOSHUA S & HICKS A. (1982) The reliability of Axis II of DSM-III. Am J Psychiatry 139:1060-61
24. MEICHENBAUM D. (1977). Cognitive-Behavior Modification, and Integrative Approach. Plenum Press. New York and London.
25. MEZZICH J E. (1985). Multiaxial Diagnostic Systems in Psychiatry. En Kaplan H I. & Sadock J B. Comprehensive Textbook of Psychiatry (Fourth Edition). pp. 613-616 Williams & Wilkins. Baltimore London.
26. MEYER L P. (1973) Probabilidad y Aplicaciones Estadísticas. Fondo Educativo Interamericano. S.A.
27. MORA G. (1980) Historical and Theoretical Trends in Psychiatry. In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan H I; Freedman A. & Sadock B J. (Eds.) Third edition. pp 4
28. OFFER D; SABSHIN M. (1967).

- Concepts of Normality in Psychiatry. Ch. 5.6. in Freedman A; Kaplan H; (Eds) Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams & Wilkins Co. Baltimore.
29. PERALES A. (1971) Comunidad Terapéutica: Aspectos Teóricos. En Caravedo B; Rotondo H; Seguin C A; Perales A. y Blanco E. (eds) Comunidad Terapéutica en el Perú. Gráfica Grev. Lima.
30. PERALES A. (1982) «Un ensayo de integración en psiquiatría: la conceptualización conductual». Revista de Neuropsiquiatría, XLV, 68-80 y 162-177
31. PERALES A. (1983) «Diagnóstico Psiquiátrico y estrategia terapéutica: Enfoque Conductual» Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales. 44:9-12
32. SEGUIN C A. (1987) La enfermedad como reacción. Anales de Salud Mental. Vol. 3 Nos 1 y 2: 17-24
33. SPITZER R L; FORMAN J B W & NEE J. (1979) DSM-III Field trials. I. Initial interrater diagnostic reliability. Am J Psychiatry 136:815-17
34. SPRUNG L. & SPRUNG H. (1984). Grundlagen der Methodologie Methodik der Psychologie. Eine Einführung in die Forschungs und Diagnosemethodik für empirisch arbeitende Humanwissenschaftler. Berlin (RDA): VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
35. STROTZKA H. (1983). Fairness-Verantwortung-Fantasie, Eine Psychoanalytische Alltagsethik. Franz Deuticke. Viena.
36. TITZE M. (1985). Heilkraft des Humors. Therapeutische Erfahrungen mit Lachen. Freiburg: Herder.
37. ZIMMERMAN M; PFOHL B; STANGL D et al (1985) The Validity of DSM-III Axis IV (severity of psychosocial stressors) Am J Psychiatry 142:1437-41
38. ZIMMERMAN M; PFOHL B; CORYELL W & STANGL D. (1987) The Pronostic Validity of DSM-III Axis IV in Depressed Inpatients. Am J Psychiatry 144:102-6

Dirección Postal:
Av. Javier Prado Oeste 445 Dpto 101
Lima 27