



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

# GACETA UNIVERSITARIA

**Temas y controversias en Psiquiatría**

AÑO 1, VOLUMEN 1, Nº 1 JUNIO DE 2005

“Gaceta Universitaria: Temas y controversias en Psiquiatría” fue posible gracias al aporte inicial de las siguientes empresas e instituciones



Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: [consultora@cyaconcagua.cl](mailto:consultora@cyaconcagua.cl)

**DIRECTOR**

Dr. Juan Pablo Jiménez de la Jara

**EDITOR GENERAL**

Dr. César Ojeda

**SECRETARIA ACADÉMICA**

Ps. Anneliese Dörr

**COORDINADORES DE ÁREA TEMÁTICA**

Dra. Julia Acuña, Dr. Niels Biedermann, Dr. Ramón Florenzano, Dr. Claudio Fullerton,  
Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Arturo Roizblatt

**BUSCADORES**

Dr. Félix Bacigalupo, Dr. Alberto Botto, Dr. Francisco Bustamante, Dr. Pablo Salinas

**EDITORES**

Ps. María de la Luz Bascuñán, Dr. Jorge Cabrera, Dr. César Carvajal, Dr. Francisco Espejo, Dr. Andrés Estuardo, Dr. Alejandro Gómez, Soc. Nina Horwitz, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Juan Fco. Jordán, Dr. Jaime Landa, Dra. Fabiola Leiva, Dr. Alberto Minoletti, Dr. Eugenio Olea, Dra. Grisselle Orellana, Dra. Lina Ortiz, Dr. Guillermo de la Parra, Dr. Policarpo Rebolledo, Dr. Pedro Retamal, Dra. Marta del Río, Dra. Graciela Rojas, Dr. Hernán Silva, Dr. Luis Tapia, Dr. Benjamín Vicente, Dr. Mario Vidal

---

Temas y Controversias en Psiquiatría

Facultad de Medicina, Universidad de Chile  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente  
Av. Salvador 486  
Santiago de Chile  
Fono: 274 8855

Representante legal: Jorge Las Heras Bonetto  
Edición gráfica, distribución y comercialización: CyC Aconcagua

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

Toda la correspondencia, así como las colaboraciones, se prefiere sean enviadas electrónicamente al Editor General, Dr. César Ojeda, Email: [cojeda@vtr.net](mailto:cojeda@vtr.net)

ISSN: 0718-1973 (Versión impresa)

**JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS**

Médico Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de Universidad de Chile en 1977. Título de Especialidad en Psiquiatría de adultos, de la Universidad de Chile en 1980. Estudios de Postítulo en Psicoterapia sistémica familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), bioética (Universidad de Chile), administración en salud (USACH). Miembro de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y de Sociedad Chilena de Salud Mental.

Ha trabajado como psiquiatra clínica en Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del Maule, Instituto Psiquiátrico "J. Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador Santiago, Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995)

Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile donde realiza docencia de postgrado y pregrado. Directora del Curso oficial de Psiquiatría de Escuela de Postgrado. Directora del Curso de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental entre otros. Investigación y publicaciones se han centrado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, Discapacidad de causa Psíquica, Evaluaciones de impacto de programas nacionales FONADIS y Esquizofrenia MINSAL, Trauma infantil y su impacto en psicopatología del adulto; Subjetividad de los médicos en tiempos de cambio.

**FÉLIX BACIGALUPO I.**

Médico-Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.

**MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ**

Psicóloga, Master of Science (MSc), Universidad de Londres, Diplomada en Bioética Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Se desempeña como psicóloga clínica de adultos en el Servicio de Salud Mental de la Cámara Chilena de la Construcción y como Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental (campus Oriente) y de Bioética y Humanidades

Médicas. Realiza actividades de investigación en ambos departamentos y de docencia de pre y post grado en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología.

**ALBERTO BOTTO VALLE**

Médico Psiquiatra.

Docente del Departamento Psiquiatría Oriente Universidad de Chile.

**FRANCISCO JAVIER BUSTAMANTE V.**

Médico Psiquiatra. Académico de la Facultad de Medicina y Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes.

**JORGE CABRERA**

Médico Psiquiatra, psicoanalista, Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Su especialización en psiquiatría la hizo entre los años 1977 y 1980 en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la Universidad de Chile. Realizó estudios de postgrado en Alemania en la Universidad Libre de Berlín entre los años 1983 y 1987.

De regreso a Chile en año 1987 creó la Clínica de Trastornos del Ánimo del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz de Santiago. Entre los años 1993 y 1997 completó su formación en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena. En el período 2002 y 2004 fue editor de la Revista Folia Psiquiátrica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Ha publicado más de 40 trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales y es coautor en 7 libros.

**CÉSAR CARVAJAL ALVAREZ**

Médico Psiquiatra. Es Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y Psiquiatra Clínico del Hospital del Trabajador de Santiago. Se graduó en Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo su especialización de postgrado en psiquiatría en la misma universidad. Posteriormente tuvo entrenamiento en Psiquiatría Biológica en la Universidad de Navarra (España) y en Rouffach (Francia) en FORENAP (Foundation for Applied Neuroscience Research in Psychiatry). Ha realizado docencia de pre y postgrado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la Universidad de Chile y en la Universidad de Los Andes. Participó en el Comité Editorial de la Revista de Psiquiatría Clínica, fue Editor Psiquiátrico de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y actualmente participa en el Board de Dialogues in Clinical Neuroscience (Francia). Ex presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica y de la Sociedad Española de Psiquiatría. La investigación clínica y las publicaciones se han orientado al estrés posttraumático, la depresión y la psiconeuroendocrinología.

**GUILLELMO DE LA PARRA CIECIWA**

Médico Cirujano Universidad de Chile.

Psiquiatra Conacem.

Psicoterapeuta.

Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional.

Doctor en Medicina, Universidad de Ulm, Alemania.

Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

Organizador junto a diversos grupos de trabajo de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico José Horwitz y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica.

Se ha dedicado a la divulgación y al trabajo en investigación empírica en psicoterapia siendo ex presidente del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research y actual coordinador del comité local de dicha sociedad.

Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.

**ANNELIESE DÖRR ALAMOS**

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991.

Formación en Psicoanálisis: Centro de Investigaciones Neuropsiquiátricas, Hospital de Rouffach, Alsacia, Francia (1991-1992).

Psicóloga Clínica acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 23 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar 10 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapia de Pareja. Formación realizada en el Instituto de Santiago en Terapia Familiar 6 de enero del 2000

Magister © en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Univ. de Chile marzo 2002-2004

Diplomada en Bioética ©. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Profesora Asistente, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina Oriente.

**RAMÓN FLORENZANO URZÚA**

Formado como psiquiatra en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y en los University Hospitals de la Universidad de Carolina del Norte, EEUU. Especialista en Psiquiatría Universidad de Chile y Diplomado del Board Americano de Psiquiatría y Neurología. Magister en Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte. Doctor en Filosofía (c) Universidad de Navarra. Formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Chilena y en el UNC/Duke Psychoanalytic Institute. Miembro Titular,

Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Decano de la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. Miembro Consejo Editorial, Revista de Psiquiatría Clínica, Revista Chilena de Salud Pública, Revista Chilena de Medicina Familiar. Fellow en Investigación en Psicoanálisis, University College, Londres. Miembro del Research Advisory Board (RAB), Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro del Comité de Expertos en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

**CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE**

Médico Psiquiatra, recibido de la Universidad de Chile en 1987. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde desarrolla docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de postgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la U. De Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología,

de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo, en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad limitrofe y trauma infantil y la investigación sobre síntomas psicológicos en la Atención Primaria, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Ha publicado artículos sobre Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general, Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención, epidemiología de los trastornos del ánimo en Chile y Latinoamérica y Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas otras publicaciones de otros autores.

**ALEJANDRO GÓMEZ CHAMORRO**

Obtuvo su título de médico-cirujano en la Universidad de Chile el año 1976, iniciando de inmediato su especialización en Psiquiatría. Académico de la Universidad de Chile desde 1980. Actualmente tiene el nivel académico de Profesor Asociado de Psiquiatría. Ha ocupado diversos cargos, entre ellos de Director del Departamento de Psiquiatría del Campus Sur de la misma Universidad. Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía durante varios períodos. Ha sido investigador

principal de dos proyectos FONDECYT acerca de la Conducta Suicida, así como de otros financiados por la Universidad de Chile. Numerosas publicaciones nacionales e internacionales, que han abarcado temas como personalidad y conducta suicida, depresión y suicidio, y manejo de pacientes con riesgo suicida. También ha sido autor de capítulos y artículos relacionados con la Terapia Cognitiva. Es miembro de la International Association of Cognitive Psychotherapy. Diplomado en el Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (Philadelphia). Director de numerosas actividades docentes y de formación continua. Director de la Asociación de Terapia Cognitiva (ATEC-Chile), entidad destinada a investigar y difundir la terapia cognitiva.

**NINA HORWITZ**

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Postgrados:

Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975

Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.

Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation. 1990-1994.

Diploma en Comportamiento Organizacional, Birkbeck College, University of London. 1996  
Diplomado en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2001  
Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile  
Coordinadora Unidad de Salud Mental y Estudios Psicosociales, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente, U. de Chile.

Coordinadora Asignaturas de Humanidades Médicas, Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina

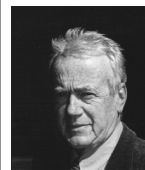
Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Lineas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental

Salud Mental y Subjetividad

Bioética y Humanidades Médicas

**FRANCISCO HUNEEUS COX**

Médico Psiquiatra egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Comienza su trabajo dedicándose a la investigación básica en el Depto. de Neurobiología del M.I.T., para luego en Chile abocarse a la psicoterapia individual y grupal en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, con especial énfasis en la terapia Gestalt. Desde la fundación de Editorial Cuatro Vientos en 1974, la que considera una especie de Universidad Abierta –sin barreras, matrícula, ni fotocopias-,

como editor y director ha traducido, prologado y publicado numerosos libros que reflejan sus creencias acerca de lo que es estar-en-el-mundo. Además, es ciclista, patrón costero, comista, trompetista y mecánico de motos pequeñas.

**FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.**

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Profesor Asociado, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La Republica.

**JUAN PABLO JIMÉNEZ**

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile, Doctor en Medicina, Universidad de Ulm (Alemania). Psicoanalista, miembro titular en función didáctica y ex presidente Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh) perteneciente a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Primer Presidente (fundador) del capítulo sudamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR). Miembro de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile (SONEPSYN). Ex becado Fundación Alexander von Humboldt. Profesor Asociado, Director Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE**

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Se graduó en Medicina de la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de post grado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y posteriormente en los Hospitales del Salvador e Instituto Nacional Psiquiátrico Dr. Jose Horwitz Barak. Ex-Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Ha realiza-

do docencia de pre y post grado en la Universidad de Chile, en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad Andrés Bello. Realizó su formación psicoanalítica en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Ex-Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena de la cual es Miembro Titular con función didáctica. Profesor Titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional en la cual es actualmente Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la Revista de Psicanálisis de la Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre y del Consejo Editorial de la Revista Brasileira de Psicoterapia del Centro de Estudio Luis Guedes. Numerosas Publicaciones en revistas nacionales e internacionales dirigidas a la investigación de diversos aspectos del proceso analítico, desarrollos del concepto de transferencia, la biológica de Matte Blanco, la relación entre realidad externa e interna entre otros temas.

**FABIOLA LEIVA LETELIER**

Médica Psiquiatra Graduada como médica-cirujana Facultad de Medicina Universidad de Chile 1980. Médica tratante Servicio Medicina Hospital Regional Temuco 1980-1984. Beca de especialidad Universidad de Chile 1987. Estudios de Postítulo Psicoterapia Psicoanalítica ICHPA. Miembro Sociedad Neurología, Psiquiatría y Neuropsiquiatría.

**ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI**

Formado como psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud y Universidad de Chile y en la University of Ottawa de Canadá. Certificado como psiquiatra por el Royal College of Physician and Surgeon of Canada. Participación en diversos programas de psiquiatría social y comunitaria en Chile, Canadá e Italia. Formación clínica en psicoterapias breves y tratamiento de adicciones. Asesor de Salud Mental y Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud desde 1990 y actualmente Jefe del Departamento de Salud Mental. Consultor en Políticas, Planes y Programas de Salud Mental de la Organización Mundial de Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Miembro de la Canadian Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Sociedad Chilena de Salud Mental y Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs (United Kingdom). Profesor invitado a cursos de diversas universidades chilenas.

**CÉSAR OJEDA**

Médico Psiquiatra, ha sido profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Curso estudios de Filosofía en la Pontificia Universidad Católica de Chile., Subdirector y Director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y recientemente, Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Ha publicado numerosos libros de

psiquiatría y psicopatología, como autor y co-autor, así como también una gran cantidad de artículos de fenomenología, epistemología, filosofía y clínica. Entre los libros de su exclusiva autoría destacan "La Esquizofrenia Clásica", Ediciones de la Universidad Católica (1981); "Delirio, Realidad e Imaginación", Ed. Universitaria (1987); "La Presencia de lo Ausente: Ensayo sobre el Deseo", Ed. Cuatro Vientos (1998); "La tercera etapa: Ensayos críticos sobre la psiquiatría contemporánea", Ed. Cuatro Vientos, Santiago (2003); "El camino hacia el silencio: acerca de fenomenología hermenéutica de Martin Heidegger" (en proceso editorial); "Karakiná: (el Universo)": novela antropológica acerca de la extinción de la etnia Selk'nam (en proceso editorial).

**GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL**

Médica Cirujana. Universidad de Chile. 1979 – 1985. Especialidad Beca Primaria Ministerial en Psiquiatría de Adultos. Universidad de Chile. 1986-1989. Certificado de Especialista otorgado por la Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1990. Certificado de Especialista acreditado por CONACEM. Título profesional de especialista en Psiquiatría de Adultos. Universidad de Chile. 1996. Profesora

asistente. Departamento de Psiquiatría y salud mental. Campus sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Contralor psiquiátrico COMPIN Sur de la SEREMI de la Región Metropolitana. Estudios de Postgrado: alumna del Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000-2001. Alumna del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002-2003. Proyecto de Tesis del mismo Doctorado, 2004. Beca de Arancel del Magister y del Doctorado de la Universidad de Chile.

Participación activa en diversos cursos y reuniones científicas de Psiquiatría y Neurociencias. Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros. Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso.

INVESTIGACION: En suicidio en Proyectos Fondecyt N° 1113-91 y N° 1960726. En esquizofrenia en el Proyecto de Tesis.

SOCIEDADES: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, miembro titular y experta evaluadora de Trabajos de Ingreso a la Sociedad. Asociación Gremial de Profesionales y Expertos en Salud Mental (ACTA). Comité de Psiquiatría Biológica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Sociedad de Psiquiatría Biológica, miembro titular. Sociedad Chilena en Neurociencias, miembro titular.

**LINA ORTIZ LOBO**

Médica Psiquiatra. Realiza su práctica clínica en el Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes desde el año 2002, donde además participa en las actividades de Enlace y hace turnos de llamada en el Servicio de Urgencia desde 1996.

Se graduó en Medicina en la Universidad de Chile en 1990, y luego de un año y medio de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Dr.Philippe Pinel de Putaendo, hizo su Beca de Psiquiatría

en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, obteniendo su título en 1995.

En 1989, como parte de su Internado Rural, estuvo durante 12 semanas participando en las actividades del Servicio de Psiquiatría del Christian Medical College & Hospital en Vellore, Tamil Nadu, India.

Realizó una estadía de 8 semanas en el Servicio de Enlace del St. Michael's Hospital en Toronto, Canadá.

Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía desde 1995, y de la Sociedad de Psiquiatría Biológica desde 1999.

**POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI**

Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile y luego su especialidad como Médico Psiquiatra también en la misma Universidad.

Se desempeña como Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago y en la Fundación San Cristóbal.

Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales: Sociedad Médica de Santiago

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Sociedad Chilena para el estudio del Dolor

Miembro internacional en:

IASP: International Association for the Study of Pain

APA: American Psychiatric Association

McLean Hospital International Psychiatric Society

**PEDRO RETAMAL C.**

Médico Psiquiatra, Director de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Profesor de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (período 2004-2006), Coordinador del Grupo de Trabajo Enfermedades del Ánimo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Director Médico de la Agrupación de Pacientes Bipolares y Depresivos del Hospital Salvador, Director Médico de la página www.psiquiatríachile.cl, Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María.

Es autor y editor de los siguientes libros: Indicaciones Psicofarmacológicas en la Práctica Médica (1991); Depresión, Diagnóstico y Tratamiento (1992); Tópicos en Enfermedades Afectivas (1993), que corresponden a Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile; Depresión: Guías para el Paciente y la Familia (1998), Editorial Universitaria; Desarrollos en Enfermedades del Ánimo (1999); Avances en Enfermedades del Ánimo (2001) que son Ediciones Departamento de Psiquiatría, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Enfermedad Bipolar, Guía para el Paciente y la Familia (2001). Depresión, Clínica y Terapéutica (2003) de Editorial Mediterráneo

**ARTURO ROIZBLATT**

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile  
Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.

Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.

**GRACIELA ROJAS**

Médica Psiquiatra (Universidad de Chile).

Doctora en Ciencias Médicas (Universidad Johann Wolfgang Goethe, Frankfurt,Alemania).

Profesora Asociada. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Actualmente, Directora Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**HERNÁN SILVA IBARRA**

Médico Psiquiatra. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Sub Comité de Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Comité editorial de World Journal of Biological Psychiatry. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo la especialización en Psiquiatría en la misma universidad. Efectuó estadía de

perfeccionamiento en la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Departamento de Psiquiatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), Profesor Adjunto de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.

**LUIS TAPIA VILLANUEVA**

Médico Psiquiatra. Universidad de Chile.

Terapeuta Familiar y de Pareja.

Docente y Supervisor Unidad de Terapia de Pareja. Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Supervisor Clínico. Unidad de Psicoterapia de Adultos. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Católica.

Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Miembro de la International Society for Humor Studies.

Editor de la Revista De familias y Terapias. Instituto Chileno de Terapia Familiar.

**BENJAMÍN VICENTE**

Profesor Titular y Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción)

Médico Cirujano (Universidad de Chile)

Médico Especialista en Psiquiatría de Adultos (Universidad de Concepción)

Doctor en Filosofía (PhD) (Epidemiología y Psiquiatría Social) (Universidad de Sheffield U.K.)

**MARIO VIDAL CLIMENT**

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

Beca en psiquiatría (Hospital Psiquiátrico): 1952-1955.

Ayudante Cátedra Extraordinaria de Psiquiatría Prof. A. Roa: 1958-1965.

Profesor Asociado de Psiquiatría (Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Director Departamento Psiquiatría y Salud Mental División Sur Facultad de Medicina, Universidad de Chile (desde enero de 2003).

Libros publicados:

"El hombre inconcluso" (relaciones entre pobreza y desarrollo personal). Edit. Cintras 1988.

"Temas de Psiquiatría". Edit. Lom 1999

"Para leer a Jaspers". Edit. Univ. 2003

# ÍNDICE

---

- 7 EDITORIAL
- 9 BREVES  
*Francisco Bustamante*
- 10 NOVEDADES  
*Alberto Botto*
- 11 ACADÉMICAS
- 13 **COMENTARIO DE LIBROS**
- 13 EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD  
*César Ojeda*
- 16 LOS LAZOS DE AMOR. PSICOANÁLISIS, FEMINISMO Y EL PROBLEMA DE LA DOMINACIÓN  
*Catalina Scott Espínola*
- 20 DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS  
*Ricardo Capponi*
- 23 **RESEÑA**
- 23 LA LIBERACIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A LA CIUDADANÍA POSIBLE  
*Alberto Minoletti*
- 25 SUEÑO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO  
*Ramón Florenzano*
- 27 **ENTREVISTA**
- 27 THOMAS SZASZ: LA LIBERTAD Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA  
*Randall C. Wyatt*
- 37 **REVISIÓN**
- 37 FACTORES NO BIOLÓGICOS QUE PUEDEN MEJORAR LA RESPUESTA A LOS PSICOFÁRMACOS  
*César Carvajal Álvarez*
- 47 **DEBATE**
- 47 ¿LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SON ENFERMEDADES MENTALES?  
*Félix Bacigalupo*
- 52 **INVESTIGACIÓN**
- 52 ¿QUÉ DURACIÓN TIENE UNA PSICOTERAPIA?  
*H. Kächele*
- 58 MALESTAR PSÍQUICO EN UN GRUPO DE PILOTOS DE AERONAVES  
*Rosemarie Fritsch, María Isabel González y María Graciela Rojas*
- 64 **PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**
- 64 LA MATRIZ DE LA SALUD MENTAL DE THORNICROFT Y TANSSELLA: UNA APLICACIÓN EN EL SECTOR ORIENTE DE SANTIAGO DE CHILE  
*Ramón Florenzano, Félix Bacigalupo, Francisco Bustamante, Jaime Correa y Raúl Ventura-Juncá*
- 75 **EPIDEMIOLOGÍA**
- 75 AMÉRICA LATINA Y LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL  
*Benjamín Vicente, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia, Robert Kohn, Silverio Torres*
- 80 **TEORÍA**
- 80 LA BIOLÓGICA DE IGNACIO MATTE BLANCO: UNA BREVE INTRODUCCIÓN  
*Juan Francisco Jordán*
- 86 **ARTÍCULO**
- 86 ¿ENFERMEDAD BIPOLAR O DÉFICIT ATENCIONAL?  
*Alberto Botto*
- 92 **ENSAYO**
- 92 LA ESPIRITUALIDAD, DIMENSIÓN OLVIDADA DE LA MEDICINA  
*Juan Pablo Jiménez*
- 102 **CONFERENCIA**
- 102 MODELOS, TEORÍA Y PSICOTERAPIA  
*César Ojeda*

# EDITORIAL

Alrededor de mil psiquiatras trabajan actualmente en Chile en servicios del sistema de salud, universidades, centros de atención primaria, clínicas y oficinas privadas. No existe ninguna institución ni red de apoyo que los agrupe como un todo. La Revista "Gaceta Universitaria" (GU) nació bajo la siguiente premisa: el hecho –nada trivial– de ser psiquiatra determina que cada colega sea considerado como parte de una comunidad de intereses y destino. Después de haber compartido largos estudios médicos y de especialización y haber dedicado nuestras vidas a personas que están bajo alguna forma de sufrimiento, los psiquiatras chilenos no podemos decir que no tenemos nada que ver entre nosotros. Sin embargo, tenemos muchas diferencias de aproximación, marco teórico y preferencias prácticas. Efectivamente, la psiquiatría no es ni un laboratorio experimental ni un reducto de feligreses sino un sector de amplias controversias. Entonces, diferentes lenguajes y modelos de explicación del sufrimiento humano, estrategias terapéuticas, y especialmente numerosos asuntos sin respuesta, circulan por el subsuelo de la práctica profesional.

Por lo tanto, GU es una revista libre y amplia, orientada a dar un lugar a los mencionados variados puntos de vista. Además de los tradicionales trabajos empíricos, los psiquiatras son invitados a expresarse mediante cartas, notas breves, opiniones, controversias, ensayos, viñetas clínicas, desarrollos teóricos, etcétera. La palabra "universitaria" del título no es casual sino que obedece al corazón mismo de la novedad que esta publicación ofrece, cual es el propósito de rescatar la "universitas" en nuestros asuntos psiquiátricos. La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile es la institución apropiada para coordinar este esfuerzo. No obstante, no se trata de un evento interno de la universidad sino de ser ésta un anfitrión que permita a todos y cada uno de los psiquiatras que trabajan en Chile –cualesquiera sean sus preferencias y lugar de trabajo– ser parte de una gran red comunicacional.

GU está estructurada en seis áreas temáticas: biología psiquiátrica, psicoterapia, psicopatología y clínica, epidemiología y psiquiatría comunitaria, psiquiatría basada en la evidencia y bioética. Veinticinco editores, todos de gran experiencia clínica y académica, tienen la misión de cubrir estas áreas invitando a los psiquiatras de todo el país a participar. Seis coordinadores, una secretaria editorial, un editor general y un director, facilitan su labor. Cuatro jóvenes psiquiatras –buscadores– tienen la misión de rastrear información académica, profesional y científica relevante en psiquiatría a lo ancho del mundo, con el objetivo de publicarla en la forma de crónica. En suma, cuarenta entusiastas colegas son los nodos de esta red psiquiátrica. GU se distribuye gratuitamente a todos los psiquiatras residentes en el país y tiene cuatro números al año. Además de la versión impresa, esperamos tenerla en breve en una versión electrónica de libre acceso en un sitio Web de la Facultad de Medicina. El propósito de esta presencia en la Web es conectar a los autores con los motores de búsqueda de la red, como Google o Yahoo y, consecuentemente, ampliar el intercambio con psiquiatras de otros países. De la misma manera, numerosos psiquiatras corresponsales de diferentes países contribuyen a hacer más dinámicas nuestras relaciones internacionales.

En muchas de sus secciones GU presenta a los lectores opiniones e ideas que hoy se debaten con firmeza en el mundo de la psiquiatría. Invitamos a todos los psiquiatras de Chile a presentar sus trabajos y puntos de vista. Pensamos que cada persona o autor es responsable de sus dichos y debe hacerse cargo de ellos. En ese entendido, GU acepta todas las opiniones, puesto que su deseo es dar cabida al abanico real de inquietudes en la especialidad. Si usted está de acuerdo o en desacuerdo o tiene otras perspectivas respecto de los trabajos y temas que presenta GU, envíenos sus comentarios o artículos, los que serán publicados.

¡Bienvenidos!

Dr. Juan Pablo Jiménez  
*Director*

Dr. César Ojeda  
*Editor General*

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en inglés o alemán si el autor desea ser traducido al castellano), pueden ser inéditos o haber sido publicados en medios de baja circulación (libros, revistas u otros). En los casos que corresponda (contrato de exclusividad), deben contar con la autorización correspondiente. El formato es tamaño carta, letra Arial 12 con 1,5 espacios de separación entre líneas. La extensión es libre. Se sugiere no exceder las 20 páginas. Los trabajos deben ser enviados sólo en forma electrónica al Editor General: [cojeda@vtr.net](mailto:cojeda@vtr.net).
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional, es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias, las que deben seguir el orden de aparición en el texto, y atenerse a la siguiente pauta:
  - Artículo: 1. López C. La imipramina en la enuresis. *Rev Chil Neuropsiquiatría*, 2004, 3: 25-29.
  - Libro: 1. Jaspers K. *Psicopatología General*, Ed Beta, Madrid, 1970.Es decir, el autor y los títulos de los artículos en letra normal y luego, año, vol, páginas; el de los libros, nombre del autor, el título en cursiva, y luego editorial, ciudad, año. En el caso de otro tipo de colaboraciones (como ensayos o comentarios), las referencias (de haberlas) y las notas pueden ir al pie de página con numeración correlativa, respetando la diferencia entre libro y artículo.<sup>1,2</sup>
3. Se sugiere, si cabe, iniciar el artículo con un resumen en castellano (e inglés si el autor lo desea), con la estructura que el autor estime más conveniente para el tema tratado. Los escritos no tradicionales no necesitan resumen.
4. Los editores se comunicarán personalmente con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que deben ser comunicados por escrito al autor.
5. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en los números regulares de la Gaceta Universitaria, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

<sup>1</sup> Capra, Fritjof: *The Hidden Connections*, Doubleday, New York, 2002.

<sup>2</sup> Angst J, Hochstrasser B. Recurrent Brief Depression: The Zurich Study: *J Clin Psychiatry*, 1994, 55:3-9



Francisco Bustamante<sup>1</sup>

## ROL DEL HIPOCAMPO EN PSQUIATRÍA: UNA PUESTA AL DÍA

El número de marzo del 2004 de la revista *Psychopharmacology* (Springer-Verlag), trae 2 artículos realizados por connotados especialistas en investigación de hipocampo.

El primer artículo es una revisión sobre las funciones cognitivas de este órgano. En forma entretenida y didáctica, el autor postula que a raíz de las nuevas investigaciones el hipocampo no sólo está relacionado con la consolidación de la memoria de largo plazo a través del *Long Term Potentiation* (LTP), sino también en el procesamiento de información en tiempo real. Esto a través de la creación de un constructo cognitivo del medio en que se desenvuelve el animal, incluyendo los aspectos temporales (secuenciales) y espaciales del ambiente (1).

El segundo aclara el rol del hipocampo en la esquizofrenia. Numerosas publicaciones revelan que el hipocampo está alterado en esta enfermedad, tanto en su volumen como en su forma. Esto se ve desde los inicios del trastorno y no sería debido a su evolución o tratamiento. Para explicar estos cambios morfológicos algunos científicos propusieron un modelo de neurodegeneración que finalmente conduciría al deterioro y a la demencia, pero el autor descarta de plano esta hipótesis. Basándose en la evidencia, postula que los cambios neuropatológicos del hipocampo en la esquizofrenia son el resultado de alteraciones del neurodesarrollo, fruto de una susceptibilidad genética y alteraciones ambientales. Propone finalmente, que el hipocampo juega un rol central en la etiología de la esquizofrenia (2).

1. Sweatt JD. Hippocampal function in cognition. *Psychopharmacology* 2004; 174: 99-110.
2. Harrison PJ. The hippocampus in schizophrenia: a review of the neuropathological evidence and its pathophysiological implications. *Psychopharmacology* 2004; 174: 151-162.

## LIBROS GRATUITOS EN INTERNET

Internet ofrece en varios sitios libros completos que se pueden descargar sin costo alguno. He aquí algunos ejemplos:

*Manual del Residente de Psiquiatría*: Es un manual español creado por y para residentes de psiquiatría, pero bajo la atenta supervisión de un Comité Editorial compuesto por prestigiosos psiquiatras españoles.

[http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion\\_sociedad/manual/guia.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/guia.htm)

Libros del BMJ: El *British Medical Journal* ofrece varios libros médicos de interés. Entre ellos: *Statistics at Square of One* (nociones de estadística), *Epidemiology for the Uninitiated* (nociones de epidemiología) y *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine* (introducción a la medicina basada en la evidencia).

<http://bmj.bmjournals.com/collections/>

*Psychopharmacology - The Fourth Generation of Progress*: Es un manual *on-line* publicado por el American College of Neuropsychopharmacology. Muy completo, con información al día. Excelente.

<http://www.acnp.org/g4/4thgen.php>

## SCIENTIFIC AMERICAN ON LINE

Scientific American es una de las revistas científicas más antiguas del planeta. Fundada en 1845, se ha caracterizado por presentar al lector los últimos avances científicos de la medicina, astronomía, física, etc., en un lenguaje accesible a todo público y escrita por investigadores de punta.

Son frecuentes los artículos relacionados con la neurociencia y la psiquiatría: por ejemplo el número de enero del 2004 incluye una revisión sobre la posible etiología de la esquizofrenia, y el de agosto del mismo año un artículo sobre el rol de la Realidad Virtual en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático. También existen ediciones especiales sobre la mente, como el número *The Hidden Mind* con artículos de Francis Crick, Antonio Damasio y Michael Gazzaniga, entre otros.

Su sitio web es bastante completo, y permite la suscripción a la edición en papel o electrónica y también la posibilidad de

comprar artículos o números individuales a un precio razonable.

[www.sciam.com](http://www.sciam.com)

## NOS PREFIEREN DE CORBATA Y DELANTAL

Tal vez usted se ha preguntado acerca de cuál es la vestimenta ideal para el psiquiatra. Algunos prefieren el estilo "casual" o "sport" (camisa a cuadros con pantalones Dockers) para que el paciente se sienta en confianza. Otros, el habitual "look" del psicoanalista: camisa sin corbata con chaqueta de tweed, ojalá beige y con parches en los codos, pantalón de cotelé (en invierno) y mocasines. Los dedicados a la Psiquiatría Social optan por las sandalias, blue jeans y camisa abierta. También están los formales de camisa y corbata (que por lo general no combinan); terno según la ocasión.

Luego, viene la disyuntiva de usar o no barba (completa, de candado, bigote, a lo Lincoln, etc.) o "colita" (larga, corta, "pichanguera").

Si usted busca respuestas a estas preguntas, le recomiendo leer un artículo aparecido en los *Archives of Internal Medicine*, el año 2003. Su autor, Lawrence Brandt, preocupado por el deterioro de la vestimenta de los alumnos de Medicina, decidió realizar una revisión bibliográfica sobre las preferencias de los pacientes. Si bien la mayoría de los estudios apuntan a médicos generales o internistas, los psiquiatras aparecemos mencionados un par de veces. Le arrancará más de alguna carcajada al recordar tiempos pasados.

Brandt L. On the Value of an Old Dress Code in the New Millennium. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1277-81.

## ¿SON EFICACES LOS ANTIDEPRESIVOS EN PREVENIR LAS RECAÍDAS DE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO A LARGO PLAZO?

Esta pregunta es la que tratan de responder dos artículos que describiré a continuación.

El primero consistió en dos encuestas canadienses a nivel nacional (17.262 individuos en la primera, y 130.880 en la segunda) estableciendo cohortes con se-

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

guimiento a 2 años en tres períodos, y evaluando la presencia de depresión mediante la versión corta del módulo de depresión del CID-I y el uso de antidepresivos. El autor no pudo comprobar que los antidepresivos acorten el episodio depresivo y eviten recaídas en la población general (1).

El segundo, a cargo de un equipo danés y publicado en el *British Journal of Psychiatry*, realizó un seguimiento naturalístico de 5 años en pacientes depresivos y bipolares, utilizando una base nacional de registro de enfermedades psiquiátricas (que incluye diagnóstico, rehospitalizaciones y tratamiento). Concluyen que pese a la introducción de los nuevos antidepresivos, las recaídas no se reducen significativamente (2).

Es importante destacar que los autores de ambos estudios no declararon intereses por compañías farmacéuticas.

Estos dos artículos parecen sugerir que la eficacia de los antidepresivos varía ampliamente según el tipo de paciente estudiado, y que ésta es mucho menor en pacientes tomados de la población general.

1. Patten SB. The Impact of antidepressant treatment on population health: synthesis of data from two national data sources in Canada. *Population Health Metrics* 2004, 2; 9. Disponible gratis en: [www.pophealthmetrics.com/content/2/1/9](http://www.pophealthmetrics.com/content/2/1/9)
2. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK. Course of illness in depressive and bipolar disorders: Naturalistic study, 1994-1999. *Br J Psychiatry* 2004 185: 372-377

## NOVEDADES

### ESQUIZOFRENIA Y GLUTAMATO

Alberto Botto Valle<sup>2</sup>

Los investigadores del NIMH (National Institute of Mental Health) han identificado una relación entre la pequeña sección de un gen, el neurotransmisor Glutamato y una serie de rasgos asociados con la Esquizofrenia. Los hallazgos confirman que el

gen responsable del manejo del Glutamato es un promisorio candidato para la determinación del riesgo de desarrollar Esquizofrenia.

El estudio, dirigido por Michael Egan y Daniel Weinberger, fue publicado la semana del 9 de agosto del 2004 en el número 24 del *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

El Glutamato es un neurotransmisor clave que se ha asociado con la etiopatogenia de la Esquizofrenia. El gen identificado en este estudio codifica para la síntesis del receptor de Glutamato (GRM3), responsable de la regulación de este neurotransmisor en las sinapsis, lugar donde diversas sustancias químicas transfieren información de célula a célula. La cantidad de Glutamato remanente en la sinapsis podría tener un impacto negativo sobre la cognición y otras funciones cerebrales.

Para algunos autores, debido al escaso efecto de genes individuales en el desarrollo de enfermedades multifactoriales como la Esquizofrenia, es difícil realizar asociaciones significativas con algún marcador en particular. Sin embargo, a través de este estudio es posible acercarse a ciertas claves genéticas relacionadas con el origen de la enfermedad.

Actualmente se piensa que la Esquizofrenia se caracteriza por la presencia de anomalías en la región frontal del encéfalo, las que se han relacionado con la función de distintos sistemas neurotransmisores, dentro de los cuales se encuentra el glutamatergico. Por otra parte, se ha hipotetizado que muchos de los genes identificados como posibles candidatos para esta enfermedad afectarían la función del sistema del Glutamato (incluido el gen del GRM3).

El Receptor GRM3 regularía la transmisión de Glutamato, la fisiología cerebral y la cognición, incrementando el riesgo de desarrollar Esquizofrenia. Para identificar la sección del gen responsable de estos cambios se ha explorado una región donde el gen podría diferir por una letra en la localización SNP4. En este lugar la variación normal de la secuencia de bases se caracteriza por presentar una "A" o una "G", siendo la primera la más común de las dos. Se ha visto que los pacientes con Esquizofrenia tienden a heredar con más frecuencia una "A", hecho que incrementaría el riesgo para la enfermedad. La variante "A" se asocia tam-

bién con el patrón de rasgos relacionados con dicho cuadro, siendo esto cierto tanto para los pacientes como para sus hermanos sanos y voluntarios normales.

En el estudio, las personas con la variante "A" presentaron diferencias en las mediciones de Glutamato cerebral. En un análisis post-mortem de tejido cerebral, la variante "A" fue asociada con bajos niveles de las sustancias promotoras de la expresión del gen para la proteína responsable de la regulación del nivel de Glutamato en la célula. La medición del bienestar celular a través del N-acetylaspartato resultó ser bajo en los individuos "A". Por otro lado, estos últimos tuvieron un peor desempeño en diversos test cognitivos que evaluaban la función frontal e hipocámpica en comparación con aquellos que presentaron la variante "G". El marcador "G" se asoció con un procesamiento de la corteza prefrontal más eficiente, obteniendo puntajes más altos en test verbales y cognitivos. Por lo anterior se ha planteado que la variante menos común -"G"- podría ejercer un efecto protector contra la enfermedad.

Los pacientes con Esquizofrenia y sus familiares sanos presentarían una fisiología cerebral y patrones cognitivos menos eficientes, lo cual sugeriría una relación con cierto riesgo genético. Sin embargo aún no se ha encontrado una única alteración genética que dé cuenta en su totalidad de la enfermedad esquizofrénica, por lo que, en su origen, todavía deberá considerarse como multifactorial (es decir, debida a la interacción de varios genes con el ambiente).

Aunque por el momento no existe certeza de cuáles son los mecanismos últimos que ocasionan el desbalance de los diversos neurotransmisores, pareciera que el Glutamato podría jugar un rol importante en la génesis de la Esquizofrenia, en especial sobre los llamados síntomas cognitivos y la función hipocámpica. Lo anterior, sin duda, podría abrir un nuevo campo de posibilidades en el estudio de la fisiopatología y el desarrollo de la psicofarmacología de esta compleja enfermedad.

**Referencia:** [www.nimh.nih.gov/press/prschizgene.cfm](http://www.nimh.nih.gov/press/prschizgene.cfm)

**Contact:** Jennifer Loukissas NIMH Press Office.

<sup>2</sup> Departamento Psiquiatría Oriente. Universidad de Chile.

### ENCUENTRO DE PSIQUIATRAS CHILENOS EN HOMENAJE A SUS MAESTROS

*Hotel Sheraton, Santiago de Chile, 9 de octubre de 2003.*

Estimados colegas y amigos:

Los organizadores de este Encuentro de Psiquiatras Chilenos me han entregado la grata y honrosa misión de decir algunas palabras esta noche. Específicamente, se me pidió que explicitara algunas ideas en torno al sentido que tiene para la psiquiatría nacional homenajear a uno (o varios) de los suyos. No me referiré en particular, entonces, a ninguno de los colegas cuya trayectoria y valores humanos se destacan hoy día sino al acto de subrayar y destacar a uno de nuestros pares.

Hablo en representación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, entidad sin fines de lucro, que con más de 70 años de vida, es la principal sociedad científica nacional dedicada al estudio, perfeccionamiento y difusión de la psiquiatría, como asimismo de nuestras especialidades hermanas. Pese a esta representatividad, espero interpretar, si no a todos, a la mayoría de los psiquiatras chilenos, independiente de sus procedencias y de los marcos conceptuales en los cuales se desarrolla su quehacer.

Maestro de la Psiquiatría es para nosotros quien ha demostrado arte y destreza en ejecutar y enseñar este ámbito de la praxis humana que es la Psiquiatría. Pero dicho en un sentido integrador, armónico y empático donde además de un dominio técnico o de una creatividad teórica excepcionales, existe la capacidad de ponerse en el lugar de aquel que aprende (1).

Desde el año 1990 nuestra Sociedad viene reconociendo periódicamente el itinerario profesional y la persona de uno de nuestros pares. Aunque todo otorgamiento de un premio lleva implícito el riesgo del disenso, el reconocer y el jerarquizar nos hace crecer. Sólo una comunidad psiquiátrica sólida, prestigiada y tributaria de una tradición de trabajo mancomunado que reconoce el aporte de sus iguales y antece-

sores puede confiar en que las generaciones de relevo continúen con éxito la tarea iniciada.

A los nombres de Juan Marconi, Armando Roa, Mario Sepúlveda, Fernando Oyarzún y Otto Dörr, se suma ahora el de Rafael Parada. En el trabajo de cada uno de ellos vemos una direccionalidad, un norte y a la vez originalidad, aportes que generan admiración, respeto y no pocas veces desacuerdo. Porque es claro: sólo del que no se expone no se puede decir nada. Armando Roa gustaba de diferenciar conceptualmente la idea de "estar presente", referida a una mera pasiva estancia física, del tener "presencia", que según él aludía a un estar presente significativo de un acto o cualidad de una persona, los cuales, por así decirlo, tenían una suerte de resonancia casi corpórea en el alma de otras personas. Siguiendo a Roa, podemos decir que más allá de las opiniones coincidentes o discrepantes, nuestros homenajeados de hoy no sólo han estado presentes físicamente en la psiquiatría nacional sino que con su ejemplo han tenido una genuina presencia y cada uno, a su manera, contribuido a perfilar la psiquiatría chilena de los últimos cincuenta años.

En una época en que la fama es de adquisición fácil y a menudo se confunde con el mérito, homenajear al Mérito es alentador y reconforta. En nombre de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía felicito a los organizadores de este encuentro.

Cuando el Prof. Dörr fue nominado Maestro hace dos años homenajé a sus profesores en una lúcida presentación. A su vez, en 1999 Fernando Oyarzún, otro gran Maestro de la Psiquiatría Chilena, también rindió tributo a quienes lo forma-

ron. Ciertamente, ello no es coincidencia. El papel testimonial de los reconocimientos es una necesidad y un elemento esencial en el desarrollo y la memoria de los quehaceres humanos. Este es el sentido de que estemos reunidos aquí hoy día.

Deseo finalizar estas breves palabras repitiendo lo mismo que expresé en Valdivia en octubre de 1999, al concluir mi presentación del Profesor Fernando Oyarzún, con motivo de su nombramiento como Maestro de la Psiquiatría Chilena (2). No son palabras mías pero son ilustradoras del espacio que ocupan los Maestros en nuestras vidas. Dice Oyarzún: "pienso que los Maestros auténticos, estos educadores excepcionalmente valiosos, son símbolos culminantes: constituyen otros personales que nos acompañan permanentemente y que han contribuido a la configuración de nuestra condición de personas éticas; sus imágenes expresivas se nos hacen presentes evocadas por situaciones actuales, ocupando por momentos sus rostros el centro de nuestro escenario íntimo."

En nombre de nuestra Sociedad, queridos Maestros, muchas gracias.

Dr. Enrique Jadresic  
Secretario General  
(Actual Presidente)  
SONEPSYN

#### Referencias

1. Ojeda C. Nombramiento del Prof. Dr. Armando Roa Rebolledo Maestro de la Psiquiatría de Chile. *Rev Psiquiat Clínica* 1995; 32(1-2): 88.
2. Jadresic E. Nombramiento del Prof. Fernando Oyarzún Peña como Maestro de la Psiquiatría Chilena. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1999; 37: 253-254.

### LX CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIROLOGÍA (SONEPSYN).

Se llevará a cabo en Pucón entre el 17 y 19 de noviembre de 2005.  
El Comité Organizador está constituido como sigue:

Director: Dr. Rómulo Melo  
Coordinador de Neurología: Dr. Roberto Maturana  
Coordinador de Psiquiatría: Dr. Jaime Santander  
Coordinador de Neurocirugía: Dr. Manuel Morales  
Coordinador General: Dr. Pablo Arancibia

## MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE SALUD

La Escuela de administración de Servicios y la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes impartirán un Magíster en Administración y Gestión de Salud en 2005.

El Programa aborda los temas clave de la administración de empresas modernas

aplicados a instituciones de salud, tales como: dirección estratégica, gestión de recursos humanos y tecnológicos, administración de procesos y servicios; gestión de la calidad y toma de decisiones. El plan de estudios contempla en todos sus módulos la participación de profesionales con una vasta experiencia y trayectoria en el ámbito de la gestión de organizaciones de salud

### Duración y Horario

- A) Primer año de Magíster:  
Postítulo: 9 de marzo 2005 - 7 de diciembre 2005  
Miércoles: 8.30 a 13.30 horas
- B) Segundo año de Magíster: 8 de marzo 2005 - 13 de diciembre 2005  
Martes: 8.30 a 13.30 hrs.  
Postulaciones: del 2 de noviembre del 2004 al 28 de enero del 2005

**Informaciones:** ccarbone@uandes.cl

## INSTITUTO CHILENO DE TERAPIA FAMILIAR

### PROGRAMA DE POST-TÍTULO TERAPIA SISTÉMICA DE FAMILIAS Y PAREJAS

Programa reconocido por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos Especialistas en Psicoterapia

MARZO 2005 – ENERO 2007

**Dirigido a:** Psicólogos y Psiquiatras  
**Duración:** 2 años  
**Fecha de Inicio:** 8 de marzo de 2005  
**Cupo Máximo:** 20 Terapeutas en Formación  
**Requisito:** Entrevista Personal  
**Título:** Terapeuta Familiar y de Parejas

#### ACTIVIDADES

PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
Seminario Fundamentos y Escuelas del Enfoque Sistémico	Clases Teórico-Prácticas en Organizaciones Familiares Específicas
Seminario Técnicas de Terapia Familiar con Niños y Adolescentes	Seminario Teórico-Práctico en Terapia de Pareja
Seminario Terapia Familiar en Procesos de Separación y Familias Ensambladas	Seminarios Temáticos
Taller de Entrenamiento en Habilidades Terapéuticas Sistémicas	Taller de la Persona del Terapeuta
Supervisión Directa	Supervisión Directa
Seminarios y Talleres Teórico-Clínicos Ackerman Institute for the Family of New York	Seminarios y Talleres Teórico-Clínicos Ackerman Institute for the Family of New York
Otras Actividades de Formación	Otras Actividades de Formación
Dedicación Presencial Semanal: 10 hrs.	Dedicación Presencial Semanal: 12 hrs.
<b>Total de Horas: 506</b>	<b>Total de Horas: 814.5</b>

**Coordinadora del post-Título:** Ps. Alejandra Martínez R. (amartinezr@mi.cl)

#### INFORMACIONES Y POSTULACIONES

INSTITUTO CHILENO DE TERAPIA FAMILIAR  
Avda. Larrain 6925, La Reina  
Secretaria Docente: Sra. Helga Sobarzo Solís.  
Fonos: 226-3768 - 277-3518 - Fax: 277-8398

docencia@ichtf.cl

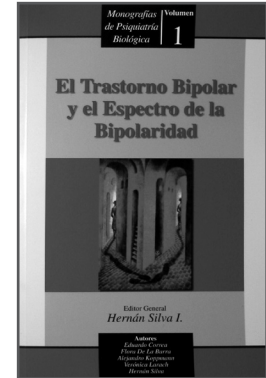
## COMENTARIO DE LIBROS

# EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD

Monografías de Psiquiatría Biológica, Volumen 1  
Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica

C y C Aconcagua, 130 páginas, 2004  
Editor General: **Hernán Silva**

(Rev GU 2005; 1: 13-15)



**César Ojeda<sup>1</sup>**

“Si usted hace una broma puede ser hipomaniaco, pero si hace varias, definitivamente lo es. Si se enrabia al conducir ¿tendrá otra variedad de la bipolaridad? Y si alguien compra un gran televisor de pantalla plana y de alta resolución sin duda debe ser hipomaniaco”

El editor de esta monografía, Dr. Hernán Silva, cita esta frase de Jefferson con el propósito de alertar a los lectores acerca del riesgo de encontrar patología donde no la hay. Efectivamente, este riesgo ha estado presente cada vez que la psiquiatría se expande hacia zonas periféricas –respecto de los cuadros clínicos más característicos de los que se hace cargo desde hace algunos siglos– y se acerca a condiciones humanas que no necesariamente tienen que ver con una racionalidad médica. De lo que se trata en este caso es de señalar que un conjunto de alteraciones del estado de ánimo, conocidas desde los albores de la cultura occidental, tienen como característica central el presentarse de manera intermitente a lo largo de la vida de las personas. La más conocida de ellas es la depresión, que aparece y desaparece en el curso de meses y a veces de años, y que frecuentemente se repite en periodos posteriores. Estas depresiones pueden tener distintos grados de se-

veridad, desde un estado de desazón matinal, con leve baja de la creatividad y una cierta opacidad de los intereses habituales, hasta estados de melancolía profunda. Durante todo el siglo XX una parte importante de la discusión especializada se centró en intentar distinguir “tipos” dentro de las depresiones y en el esfuerzo por separar los estados que podían ser considerados “enfermedad” de aquellos que podían ser considerados como normales oscilaciones del estado de ánimo de los seres humanos.

Tal vez la distinción que suscitó mayor acuerdo fue aquella que separó las depresiones en dos tipos fundamentales: que cursan exclusivamente con episodios depresivos; y aquellas que cursan con episodios depresivos y fases de exaltación anímica (manía). Se las llamó depresión “unipolar” y “bipolar”, respectivamente. Si bien esta distinción era clínicamente coherente, ambos trastornos tendían a ocurrir –con algunas diferencias– en las mismas familias. Pero, los estados de exaltación anímica, del mismo modo que las depresiones, podían tener distintos grados de intensidad. A los estados de manía de menor intensidad se los denominó *hipo-manía* (*hipo* en griego indica “abajo”). Entonces, los trastornos bipolares tenían dos tipos de acuerdo a la

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

severidad de los episodios de exaltación anímica: si las manías eran severas se hablaba de “bipolaridad tipo I”, y si eran leves (hipomanías), se hablaba de “bipolaridad tipo II”.

### ALGO PARECIDO A LA FELICIDAD

El trastorno bipolar, al consistir en la intermitencia de depresiones y estados de exaltación anímica, podía dar cabida a todas las combinaciones posibles: depresiones severas y manías severas, depresiones severas y manías atenuadas, depresiones atenuadas y manías severas, depresiones atenuadas y manías atenuadas, además de mezclas de síntomas depresivos y maníacos en un mismo episodio. Adicionalmente, los pacientes tendían a tener un patrón estable en este sentido, es decir, presentar episodios de un mismo tipo a lo largo de la vida. Lo que prácticamente no ocurría eran cuadros de exaltación anímica recurrentes *que no* presentaran estados depresivos en el curso de su evolución.

Como hemos señalado, el trastorno bipolar II se caracterizaba por presentar estados leves de exaltación anímica y un predominio de episodios depresivos francos. Sin embargo, muchas personas presentaban depresiones leves y también hipomanías, y por lo tanto, las oscilaciones periódicas en su estado de ánimo no les impedían continuar con sus vidas de un modo más o menos normal. Después de sentirse deprimidos por períodos variables, el alivio venía acompañado de un estado de bienestar notable: las ideas ahora fluían como un manantial, el cuerpo adquiría gracilidad y los movimientos eran livianos, la memoria envidiable, la creatividad parecía haber retornado desde algún lugar en el que dormía, y la sensualidad en todos los planos parecía haber nacido de nuevo: la vida toda volvía a sentirse en plenitud. Efectivamente –sostenían– habían cambiado, pero, qué duda cabe, para bien. ¿Cómo se sentiría usted al volver a sentirse vivo después de haber estado un año aplanado?

Los psiquiatras tendían a darle la razón a sus pacientes, pues consideraban que ese estado de bienestar, si bien un poco subido de tono y no pocas veces irritable, no alcanzaba a tener el tinte desajustado de las verdaderas manías. Pero, ya a finales de la década de los 70 y principios de la de los 80, el psiquiatra Hagop Akiskal, empezó a investigar en Estados Unidos y Europa, y a publicar y enfatizar en todos los foros imaginables, acerca de su convicción de la existencia de una serie de cuadros de “espectro bipolar *soft*” y que, para él, no eran adecuadamente diagnosticados ni tratados. Este espectro *soft* se iniciaba en el trastorno bipolar tipo II y se extendía como una mancha de petróleo en el océano

abierto. Si incluimos el trastorno bipolar tipo I, Akiskal propuso *nueve* tipos de trastorno bipolar, e incluyó en el “espectro *soft*” a muchas alteraciones antes concebidas como depresiones unipolares, como trastornos de la personalidad, de ansiedad, de descontrol impulsivo (como la bulimia) y algunas formas del trastorno obsesivo compulsivo. Es decir, casi todos los padecimientos psiquiátricos, con excepción de la esquizofrenia.

### ¿DISCUSIÓN ACADÉMICA?

Naturalmente esto provocó y provoca grandes resistencias y puntos de vista que no concuerdan con esa –según los opositores– desmesura clínica. Al lector esta discusión puede parecerle un tanto bizantina. Sin embargo, es mucho más que eso. La existencia de todas esas variaciones del estado de ánimo, con independencia del nombre, no está en discusión. Lo que se señala es que, de acuerdo a la interpretación que se haga de estos estados anímicos, se derivan consecuencias de gran importancia para las personas. Efectivamente, si se toma en cuenta que *algún cuadro* de este espectro “*soft*” estaría presente en el 5% o más de la población (en un cine con trescientas personas habría 15) el problema concierne también al ciudadano corriente. Si se concibe el espectro *soft* –además– como un grupo de *verdaderas enfermedades*, en el sentido médico de la palabra enfermedad, es decir, con una base patológica neurobiológica que se hunde en el genoma y que tiene alguna comunidad en su origen con el trastorno bipolar clásico, la tendencia de los psiquiatras y las recomendaciones de los expertos será el usar principalmente psicofármacos. En este caso, y junto a otros, se recomiendan los llamados “estabilizadores del ánimo” como el Carbonato de Litio, el Ac. Valproico, la Carbamazepina, la Lamotrigina y la Gabapentina, por citar a los más conocidos. La mayor parte de los psiquiatras no duda ni un segundo en usar estos mismos psicofármacos en pacientes con depresiones y manías severas. El trastorno bipolar clásico ha sido estudiado clínicamente por siglos, y cuenta con estudios de eficacia terapéutica farmacológica (especialmente respecto del Carbonato de Litio) desde la década de los sesenta del siglo XX. El lector debe comprender que en padecimientos que cursan a lo largo de toda la vida de una persona, los estudios de largo plazo son insustituibles, y los de corto plazo, claramente insuficientes. El espectro “*soft*” propuesto por Akiskal cuenta con escasos estudios farmacológicos del nivel requerido para ser universalmente aceptados, y no hay en absoluto acuerdo –especialmente en algunas de sus formas– respecto de su pertenencia al círculo de la bipolaridad. Por lo

mismo, la utilización de psicofármacos estabilizadores del ánimo es una decisión muy difícil para cualquier clínico. Varios de los medicamentos señalados, como la Lamotrigina y la Gabapentina –que son de generación reciente–, han sido escasamente estudiados en pacientes bipolares clásicos, y con mayor razón, en el “espectro” que comentamos. Por lo mismo, su uso sigue un dudoso principio de “analogía”: si un anticonvulsivante como la Carbamacepina ha demostrado ser un buen estabilizador del trastorno bipolar clásico, otros anticonvulsivantes, por el hecho de serlo, debieran también ser eficaces. Este criterio es experimentalmente aceptable, pero claramente inadecuado para justificar el uso clínico habitual de una sustancia química en padecimientos distintos de aquellos que justificaron su aceptación para el uso médico.

Sumado a lo dicho, todos los estabilizadores del ánimo pueden presentar efectos adversos importantes (y en algunos casos severos), que suelen omitirse o señalarse sólo a la pasada, en el texto que comentamos, y en numerosos otros, incluidos algunos de psicofarmacología clínica, y además, su uso prolongado provoca sutiles o francos cambios psicológicos en la percepción que la persona tiene de sí misma.

Esta monografía de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica inicia un camino sin duda fecundo de reflexión en la psiquiatría nacional. Aborda el tema del trastorno bipolar principalmente desde la perspectiva del espectro “soft”. Los capítulos del Dr. Eduardo Correa y la Dra. Verónica Larach siguen las ideas de Akiskal,

y en ocasiones parecen estar hablando de un conocimiento consolidado, y que por lo tanto, debiera ser adoptado por todos los psiquiatras, y no de postulados que deben ser sometidos a la más amplia discusión e investigación antes de ser aplicados clínicamente. La Dra. Flora de la Barra, con un talante muy diferente, aborda el problema de la bipolaridad en relación con el déficit atencional en niños y adolescentes, a propósito de lo cual ofrece una visión equilibrada de la relectura de este tipo de padecimiento –acuñado en la psiquiatría de adultos–, ahora en psiquiatría infantil y de la adolescencia. El Dr. Alejandro Kopmann muestra los resultados de una investigación del material de 114 historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados, con el fin de describir sus características clínicas a partir de un diagnóstico de egreso de Trastorno bipolar. Finalmente, en dos capítulos, el Dr. Hernán Silva realiza una reflexión que establece variados puntos de controversia y algunas ideas orientadoras para evitar la confusión terapéutica, especialmente en lo referente a la consideración de los trastornos de personalidad como una forma de bipolaridad.

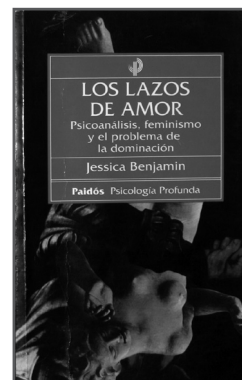
En la medida en que esta monografía, y las que probablemente siguen, pretende difundir el conocimiento psiquiátrico en gestación, nos habría complacido encontrar una discusión más amplia, en la línea que el mismo editor propone en sus capítulos. Para ello habría sido necesaria la participación de especialistas que tienen un punto de vista diferente al del creador de este “espectro soft”.

## COMENTARIO DE LIBROS

# LOS LAZOS DE AMOR. PSICOANÁLISIS, FEMINISMO Y EL PROBLEMA DE LA DOMINACIÓN

Autora: **Jessica Benjamin**  
Editorial Paidós, 1ª. Edición, Buenos Aires, 1996.

(Rev GU 2005; 1: 16-19)



**Catalina Scott Espínola<sup>1</sup>**

Nos encontramos en un momento histórico y social en el cual el concepto de ser mujer está en crisis. En una cultura patriarcal que ha impuesto la disociación de los géneros femenino y masculino, para adjudicar al hombre el privilegio de ser sujeto y a la mujer la condición de objeto, interrogar la construcción de la subjetividad femenina parece ser una cuestión necesaria e ineludible. Jessica Benjamin<sup>2</sup>, psicoanalista y activa participante del movimiento de mujeres, desde la especificidad de su saber, asume el desafío e interpela al psicoanálisis. En el año 1988 publica su primer libro: *Lazos de amor: Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*, traducido al español recién en el año 1996. La autora propone una revisión del pensamiento psicoanalítico empleando, como método de análisis, la crítica y la re-interpretación feminista de las teorías psicoanalíticas sobre la dominación. A partir de la reflexión detallada de la estructura y dinámicas psíquicas del poder y la sumisión en la pareja sexual adulta, Benjamin cuestiona la premisa freudiana sobre el desarrollo psíquico de la mujer. Para Freud éste se construiría, de manera inevitable, en subordinación a

la autoridad y dominio masculino. El psicoanálisis freudiano estaría legitimando, con esta tesis, la aceptación incuestionable de la autoridad patriarcal. El sometimiento de la mujer al hombre en la relación sexual adulta estaría siendo avalado, por las racionalizaciones teóricas de Freud, “el padre del psicoanálisis”. Es sabido que su autoridad impregna y, a veces, también somete a la mayoría de las corrientes teóricas al interior del psicoanálisis.

Por otra parte, la autora plantea que el progresivo malestar de las mujeres y la crítica, cada vez mayor, de la sociedad contemporánea al orden patriarcal ha beneficiado la evolución del pensamiento psicoanalítico. A partir de los años 60 y con mayor fuerza desde la década de los 70, el intercambio de ideas entre las distintas disciplinas ha permitido explorar diversos modos de construcción de la subjetividad femenina. Los estudios de género han puesto en el escenario la ubicación social de las mujeres en la cultura patriarcal. Se han generado debates sociales, políticos y económicos. En todos ellos se ha subrayado la condición de marginación de la mujer. A la vez, la psicología ha

<sup>1</sup> Psicóloga clínica UC, psicoterapeuta psicoanalítica de adultos y docente de la UNAB.

<sup>2</sup> Jessica Benjamin es docente del Programa Post Doctoral en Psicoterapia y Psicoanálisis de la Universidad de Nueva York; como psicoanalista participa de la corriente feminista del psicoanálisis norteamericano. Es autora de numerosos ensayos y publicaciones sobre la mujer.



investigado las huellas que deja en la constitución de la subjetividad femenina la vivencia de exclusión. El psicoanálisis encuentra en otras disciplinas argumentos consistentes sobre las repercusiones que ha tenido el sometimiento femenino para la mujer, el hombre y la pareja sexual adulta. Estos cuestionamientos han facilitado la apertura gradual del psicoanálisis a otras fuentes de conocimientos y a la cultura. Al explorar más allá de sus fronteras, el psicoanálisis se ha nutrido de otros saberes, en especial de los provenientes de las ciencias sociales y ha entrado en un proceso de revisión y actualización de sus teorías acerca del poder. Se ha cuestionado su sesgo falocéntrico y ha podido reformular con mayor equidad sus consideraciones teóricas y clínicas respecto de la relación hombre-mujer. Sin duda, el resultado de este intercambio ha sido constructivo. Desde la perspectiva del psicoanálisis han sucedido cosas interesantes. El movimiento psicoanalítico se ha caracterizado, históricamente, por su ostracismo y su tendencia a construir teoría "a puerta cerrada". Si las teorías psicoanalíticas sobre la constitución de la subjetividad femenina están siendo entrecruzadas, para su análisis y contrastación, con teorías provenientes de estudios de género, es claro que en la actualidad hay psicoanalistas que promueven una actitud más abierta y progresista. Articular el discurso psicoanalítico y el discurso feminista, en principio dos modelos teóricos irreconciliables, evidencia que, al menos, un grupo de psicoanalistas está dispuesto a establecer con otros sectores de la sociedad una relación de intercambio recíproco. Desde esta nueva vertiente de análisis surgen hipótesis que permiten seguir avanzando en la comprensión de los temas que preocupan a Jessica Benjamin: el desarrollo psíquico, la diferencia entre los géneros y la autoridad.

En *Los lazos de Amor*, Benjamin aborda desde una perspectiva de género, que considera la diferencia sexual en el análisis de la feminidad y la masculinidad, la evolución del pensamiento psicoanalítico. Comienza haciendo una crítica consistente y fundamentada en un sólido conocimiento de las teorías psicoanalíticas, al psicoanálisis freudiano, a Lacan y la escuela francesa, y a la teoría de las relaciones objetales de Klein y sus seguidores. Sin embargo, paradójicamente, reconoce en el pensamiento de Winnicott, en las teorías psicoanalíticas sobre el desarrollo del sí mismo y en la concepción intersubjetiva y relacional, una perspectiva iluminadora para abordar asuntos tan complejos como es el problema del dominio y la sumisión, el amor y el reconocimiento mutuos en la pareja sexual adulta.

La autora admite que después de Freud la indagación psicoanalítica de la dominación ha sido reformu-

lada en varias oportunidades, pero advierte que casi siempre, estas teorías han estado centradas en la investigación de la lucha por el poder entre padre e hijo. No se han construido teorías para explicar las rivalidades entre el hombre y la mujer, es como si, "*la subordinación de la mujer al hombre se diera por sentada*".

El psicoanálisis clásico ha contribuido a que se ignore la relación de igualdad de la pareja sexual adulta y a que en la sociedad se mantenga la antítesis cultural entre sujeto masculino y objeto femenino. En la teoría y en la práctica, el funcionamiento de este binomio ha obstaculizado profundamente nuestra mirada para ver el mundo habitado por sujetos iguales.

El feminismo ha proporcionado un enfoque teórico convincente al psicoanálisis. En el análisis de la pareja erótica adulta el psicoanálisis considera, en la actualidad, al hombre y a la mujer como dos sujetos iguales que se reconocen y se respetan mutuamente. Un destino para la mujer, hasta hace poco, impensable. Su condición de objeto estaba inscrita en su propia naturaleza o prefijado, de antemano, por el orden social establecido. El impacto del determinismo biológico como ley natural o de la impronta cultural, ha ido cediendo lugar a otras consideraciones sobre el destino erótico de las mujeres. Tal vez, ningún otro periodo histórico ha generado un espacio potencial tan renovador y democrático como el instaurado por la constitución del sujeto femenino.

Después de medio siglo de lucha feminista, se reconoce que el espacio creado por el sujeto femenino no significa aniquilar la diferenciación entre los sexos. Por el contrario, es necesario mantener las diferencias entre sujetos y crear "entre dos" un espacio potencial de encuentro, definido por este nuevo paradigma psicoanalítico como espacio intersubjetivo.

Sin embargo, en la intimidad de la pareja erótica adulta la dualidad sujeto-objeto persiste como una posición que continúa dándole forma a la relación entre los sexos. A pesar del reconocimiento por parte de la sociedad del valor de la igualdad de derechos para hombres y mujeres y del lugar que las propias mujeres han ido ocupando en el mundo laboral, en la pareja humana la estructura de dominación persiste. Benjamin se pregunta: ¿qué dinámicas explican la persistencia psicológica de esta posición?, ¿cuál es la génesis de esta estructura psíquica en la que una persona se asume como sujeto y la otra debe servirlo como su objeto? La autora analiza la evolución y los destinos de esta estructura para mostrar cómo en ella están inscritas las dinámicas intrapsíquicas que explican el profundo anclaje psicológico del binomio dominio-sumisión. ¿Por qué la mujer se somete y el hombre domina? No es posible desarrollar extensamente la multiplicidad de

factores que estarían sosteniendo la estructura de poder en la relación sexual adulta. Analizaremos en esta oportunidad sólo algunos de los factores que la autora propone. Un factor determinante, según Benjamin, estaría dado por el hecho de que a la mujer se la incentiva, desde etapas muy tempranas del desarrollo, a situarse en una posición de dependencia y a negar la existencia de su *self*. Explica que la niña, al verse persuadida a identificarse con la madre para lograr ser femenina, no puede separarse ni tener independencia de ella. La niña, postula la autora, al igual que el niño, necesita un periodo de re-acercamiento al padre. Sin embargo, esta necesidad no es tomada en cuenta por los padres: el padre está ausente para ella y la madre demasiado presente como figura de apego. El re-acercamiento al padre es posible sólo para el niño. Así, a la mujer, desde niña se la incentiva a negar su *self* y a perpetuar la auto negación de sí misma a lo largo de la vida. El niño, por el contrario, al separarse de la madre para lograr su identidad e independencia asume el rol de dominio, al igual que su padre. Para la autora, la ruptura de la tensión entre la afirmación y el reconocimiento del sí mismo es el factor que da pie a que se instale la escisión dominio-sumisión. Aquí se encontraría el punto de acceso para la persistencia de la ecuación dominio-sumisión.

A partir de las coordenadas teóricas desarrolladas por los modelos intersubjetivo y relacional en psicoanálisis, Jessica Benjamin intenta "*construir y re-enmarcar las teorías psicoanalíticas sobre la dominación y contar de otro modo la historia*" de la mujer.

La autora comienza concentrándose en la infancia temprana, en los cambios psicológicos que se producen en el equilibrio entre la afirmación y el reconocimiento durante los primeros momentos de la relación madre-hijo (el sí-mismo y el otro), y en la paradoja que surge cuando se produce la diferenciación y el reconocimiento de la alteridad. El origen de la experiencia de reconocimiento mutuo se encontraría en el primer vínculo entre la madre y su hijo. El reconocimiento mutuo puede ser descrito como un estado de ánimo compartido, una experiencia de sintonía emocional y de influencia mutua. Esta experiencia constituye la matriz fundacional de la mente humana. Enfocar la investigación de la infancia temprana en la experiencia de reconocimiento mutuo entre la madre y su hijo implica compartir la te-

sis formulada, en la década de los 80, por el psicoanalista Daniel Stern<sup>3</sup>, sobre las capacidades del bebé: "*el bebé está preparado desde el principio para interesarse en el mundo de los otros y para diferenciarse de él*".

Las propuestas de Stern introducen un nuevo paradigma en la forma de abordar los procesos mentales del bebé. Su formulación sobre el vínculo materno propone un cambio radical de los supuestos psicoanalíticos sobre la primera infancia. Para el psicoanálisis el acento estaba puesto en el estudio de los procesos de separación y autonomía. Ahora la mirada se enfoca en el estudio del vínculo. Esto significa que ya no es primordial entender cómo el niño se separa, el asunto crucial es comprender cómo el bebé se vincula y reconoce al otro; se intenta dilucidar cómo participan, activamente, la madre y el hijo para darse a conocer como sujetos en la relación con el otro. Benjamin afirma que la sobrevaloración de la separación es una fuerte tendencia teórica en el psicoanálisis. Esta tendencia encuentra sus raíces en la concepción del individuo como un sistema intrapsíquico cerrado que sólo hace uso del otro como objeto que satisface sus necesidades o metaboliza sus angustias. Tal vez sucede así porque aceptar la dependencia del otro podría constituir una amenaza en el logro de la independencia. La experiencia de la paradoja, aceptar que somos dependientes e independientes a la vez, resulta muchas veces intolerable y dolorosa. En contraste, la teoría intersubjetiva entiende el vínculo como un proceso simultáneo de transformar y ser transformado por el otro en una relación de dependencia e independencia mutua. Es necesario aclarar que para el psicoanálisis contemporáneo las teorías intrapsíquica e intersubjetiva no son mutuamente excluyentes, pero sí constituyen dos modos diferentes de entender el desarrollo humano.

A la teoría intersubjetiva no le interesa cuánto y cómo nos nutrimos del otro para luego separarnos. El acento está puesto en entender cómo el otro da la posibilidad de estar juntos y separados a la vez. Cómo estar a solas en compañía del otro sin ser abandonado o invadido por ello. Dos sujetos que se reconocen entre sí pueden compartir un proyecto común y aceptar el proyecto personal del otro. No es lo mismo estar juntos que exigir que uno esté siempre disponible para regular las turbulencias emocionales del otro. Por otro lado, Jessica Benjamin estudia en las fantasías y relaciones sadomasoquistas la lógica del amo y el esclavo. Plantea que en esta estructura se puede discernir la dinámica que organiza la dominación y la sumisión. La fantasía de dominio erótico encarna el deseo de independencia y el de reconocimiento. En su análisis va mostrando cómo los deseos se transforman en violencia y sumisión

<sup>3</sup> Psicoanalista norteamericano, es autor de numerosas investigaciones sobre la observación de conductas en niños recién nacidos. En 1985 publica *El mundo interpersonal del infante*, traducido al español en 1992. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.

erótica. Su tesis es que en el sometimiento voluntario al dominio erótico se da la paradoja de liberarse por medio de la esclavitud.

El modelo intersubjetivo, como decía, no pretende reemplazar a la teoría intrapsíquica centrada en el mundo interno. El enfoque de Jessica Benjamin contempla a "una y otra" teoría. No es un modelo excluyente, reconoce que el sujeto es privado y que su desarrollo se da en relación con el otro. No se trata de invertir la opción por el mundo interno y escoger ahora el mundo externo, se trata de captar ambas realidades: *"sin el concepto intrapsíquico del inconsciente, la teoría intersubjetiva se vuelve unidimensional, pues sólo contra el fondo del espacio privado se puede destacar, en relieve, el otro real"*. El enfoque intersubjetivo del "uno y el otro" está presente a lo largo de todo su pensamiento. La autora logra integrar en su obra, de un modo brillante, las posiciones freudiana y relacional, las teorías feminista y psicoanalítica, la información clínica y teórica.

Otro planteamiento central de Benjamin en relación con la madre es definirla desde su condición de sujeto. Esta teoría permite pensar a la madre como un sujeto por derecho propio. Hasta ahora, la madre para el psicoanálisis ha sido el objeto que satisface las demandas, el primer objeto de apego y el objeto del deseo.

Desde esta perspectiva, Benjamin señala que la madre es más que un objeto, en realidad es otro sujeto, con un proyecto propio e independiente del bebé. Esto es algo necesario para la madre y para el bebé, sólo así la madre puede asegurarle el reconocimiento que él busca en ella. En el psicoanálisis pocas veces se ha considerado a la madre como otro sujeto con identidad propia y con un proyecto independiente. Pocas veces se la ve como sujeto con deseos independientes de la existencia del hijo; la consideración de la madre como sujeto implica compartir la tesis de Stern acerca de que hay siempre dos sujetos desde el principio de la vida. Es necesario para el desarrollo psicológico la reciprocidad, la mutualidad y el equilibrio, siempre tensional y paradójico entre la experiencia de la afirmación del sí mismo y el reconocimiento del otro. Y Jessica Benjamin va más allá. Afirma que la experiencia de sintonía recíproca o de falta de sintonía, vivida en la primera infancia, prefigura el juego erótico del adulto. Nuevamente estamos hablando de la sexualidad desde una nueva perspectiva. Detengámonos por un momento en el deseo de la mujer. En el psicoanálisis clásico la mujer se vuelve femenina al volcarse desde la madre al padre, con la esperanza de recibir el falo al convertirse en el

objeto de su deseo. La teoría freudiana sobre el deseo femenino se construye a partir de la falta, la falta del pene, en un sentido simbólico. Jessica Benjamin plantea que es el padre y no el falo el que ocupa el lugar del poder. Para las mujeres, dice Benjamin, el padre que falta es la clave de la ausencia de deseo y de su retorno en forma de masoquismo.

Las niñas, al igual que los niños, desean identificarse con el padre puesto que él es el representante del mundo externo. Para Benjamin, la identidad de género se define en la etapa de re-acercamiento al padre. No es posible hacer un recorrido completo por los procesos identificatorios propuestos por la teoría intersubjetiva para analizar el problema de la dominación. Sin embargo, se puede señalar que la sintonía o la falta de sintonía entre dos sujetos es un elemento importante para la comprensión de la vida erótica del adulto. Benjamin plantea que el deseo de seguir en sintonía puede, inadvertidamente, convertirse en la vida erótica de la pareja sexual adulta en deseo de sumisión a la voluntad del otro.

En síntesis, Jessica Benjamin hace una crítica rigurosa y bien documentada al psicoanálisis. Reflexiona sobre ciertos "supuestos básicos", tales como la estructura de poder, la violencia, la agresión, el amor y el desarrollo mental temprano que, muchas veces sin advertirlo damos por ciertas de tanto escucharlas y repetirlas. Sus aportes críticos son valiosos porque están formulados con la libertad de quien se atreve a pensar nuevas teorías. Al mismo tiempo, esto hace que al principio la lectura del libro sea ardua y a veces difícil. No es fácil aceptar que nuestras premisas sean cuestionadas. Para terminar, deseo remarcar que el pensamiento de Jessica Benjamin se caracteriza no sólo por su originalidad. Su máximo valor radica en su consistencia interna, al ser capaz de mantener el equilibrio y la tensión de trabajar, en todo momento, en un enfoque paradójico que no toma partido por el hombre ni por la mujer. Está siempre entre el hombre y la mujer. Sus ideas circulan entre el sujeto y el objeto, entre la pasividad y la actividad, entre la afirmación y el reconocimiento, entre la sumisión y el dominio. Podemos atisbar una comprensión de las teorías, pero la complejidad del vínculo entre el hombre y la mujer no se resuelve y el enigma de la vida erótica continúa.

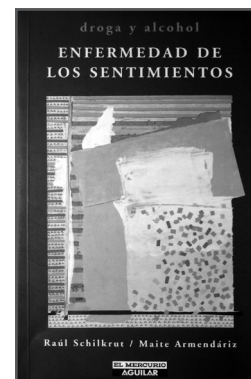
Hay mucho por conocer sobre el pensamiento de Jessica Benjamin. Ella es parte del grupo de psicoanalistas relacionales que, en la actualidad, están trazando nuevas líneas teóricas que permitan avanzar en el conocimiento de ese vasto y misterioso espacio de la sexualidad humana.

## COMENTARIO DEL LIBRO

# DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS<sup>1</sup>

Autores: **Raúl Schilkрут y Maité Armendáriz**  
El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas

(Rev GU 2005; 1: 20-22)



**Ricardo Capponi<sup>2</sup>**

Nuestra existencia como seres humanos no está ni puede estar siempre libre de dolor mental. Las ansiedades, las tristezas y angustias forman parte del costo de llevar una vida consciente y reflexiva. Pero como la tendencia instintiva nos mueve al placer, recurrimos a un curioso mecanismo para evitar el dolor: ingerimos una sustancia externa al organismo, que al entrar al torrente sanguíneo genera un estado tal que elimina el dolor mental, lo anestesia y, al mismo tiempo, produce placer. Así podemos entender ese mecanismo que desde sentimientos de malestar psíquico nos lleva a las drogas, dando inicio a un círculo destructivo, pues ellas a su vez perturban nuestra vida emocional en una espiral que nos lleva a requerirlas cada vez más en mayor cantidad o con mayor intensidad. Esta tendencia, que llamamos adictiva y cuyo manejo adecuado depende de la calidad de nuestra vida afectiva, está inscrita en nuestra filogenia, y en un sentido general podríamos decir que todos los seres humanos buscamos la forma de alivio que ella comporta.

La adicción, con todas sus invariantes, no es sino la expresión del morbo de nuestro tiempo: la tendencia fácil a eliminar el dolor. Hemos perdido el sentido trascendente en nuestras vidas, no sólo religioso, también social y político; y desde el crepúsculo de las ideologías vivimos en el mundo de la inmediatez, en la búsqueda

del confort de la entretención, de la acumulación de bienes materiales y de la búsqueda del poder para dominar. En este clima, resulta absolutamente comprensible el uso indiscriminado de agentes exógenos para obtener en forma eficiente, inmediata y con un mínimo de costo emocional, esos estados de bienestar que la cultura propone e incentiva. En esta sociedad adicta al trabajo, al sexo, a la farándula, a los psicofármacos, a algunas formas solapadas de violencia, se nos instala una forma de adicción sumamente destructiva para el sujeto, para el grupo familiar y para la sociedad: la adicción a las drogas y al alcohol.

La sociedad moderna se ha ido complejizando y, por lo mismo, los problemas a los que nos vemos enfrentados son más graves y más difíciles. Pero, al mismo tiempo, la modernidad nos ha otorgado una herramienta valiosísima: la ciencia. En este sentido, para enfrentar el problema grave y complejo que significa la dependencia del alcohol y las drogas debemos hacer uso del recurso científico. Aquí se emplaza el valor del libro publicado por Raúl Schilkрут y Maité Armendáriz, construido desde la mirada clínica objetiva y desde una observación rigurosa de la realidad.

El doctor Schilkрут, a su llegada de la formación de posgrado en Alemania y como jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicofarmacología de la Universidad de

<sup>1</sup> Este artículo fue publicado originalmente en el Suplemento Artes y Letras del diario El Mercurio.

<sup>2</sup> Psiquiatra-Psicoanalista APCH.

Chile en el Hospital El Peral, formó varias generaciones –entre las que me incluyo– de psiquiatras en el método fenomenológico descriptivo, que valoriza por sobre todo la observación objetiva de la realidad clínica antes de lanzarse a precipitadas conjeturas hipotéticas acerca de la causalidad de los fenómenos. Al rigor de ese método se suma en este caso la experiencia que por años ha desarrollado Raúl Schilkrot en el Centro de Adicciones, institución de la cual es director, y que lo ha ido llevando a aquilatar la importancia fundamental de los afectos en esta patología, tanto en su génesis como en su persistencia y también en su resolución. De allí que los autores titulen el libro como “Enfermedad de los sentimientos”.

Para abordar este vértice se hacen necesarias la pluma y la destreza periodística de Maite Armendáriz. Cada uno de los capítulos está precedido por la narración del testimonio de un paciente. Allí se despliegan, por ejemplo, la historia de Pedro y de Rodrigo, como una crónica de su autodestrucción; la ardua prueba por la que pasó Paloma; la lástima y la rabia que despertaba Juan, entre varios otros. Los relatos son impactantes, crean un clima emocional que despierta la curiosidad del lector y el deseo de comprender la forma de encontrar una salida a sufrimientos tan desgarradores.

El primer capítulo, sobre el poder del alcohol y las drogas, está escrito de manera directa, sin minimizar los riesgos ni tampoco caer en exageraciones que, a la larga, terminan siendo poco creíbles. Las afirmaciones están basadas en datos de trabajos científicos publicados por revistas de reconocida calidad, que permiten al lector confiar en que está recibiendo una puesta al día y un conocimiento actualizado. Destaco en esta sección del libro importantes afirmaciones apoyadas en estudios concluyentes, que nos ponen ante la evidencia de que el problema de las drogas es más grave de lo que a primera vista pensamos. Nos alertan sobre el alcohol como una droga legal, los tranquilizantes y la adicción silenciosa que van instalando, la marihuana como la droga del engaño, y la cocaína como la última estación de este proceso autodestructivo. El apartado sobre el cerebro adicto y su circuito del placer nos pone en guardia respecto de que “no se puede jugar con fuego”.

El capítulo segundo toca de lleno el problema esencial de la adicción, que define el título del libro: los sentimientos. Parte mostrando cómo las predisposiciones de la personalidad, la autoestima y la calidad de la comunicación con el otro influyen en la tendencia adictiva. Una vez en la adicción, viene para el individuo un deterioro progresivo de las relaciones emocionales, que alcanza luego a comprometer su conducta ética, hasta finalmente hacerlo presa de la vergüenza, la angustia

y la culpa. El libro hace patente cómo en este camino el enfermo echa a andar mecanismos defensivos cada vez más primitivos y, por lo tanto, más endeudadores de la vida mental, para terminar en cuadros psiquiátricos graves de depresión, paranoia y suicidio.

Los capítulos tercero y cuarto desarrollan un aspecto fundamental en el mundo del adicto: la familia. Muestra las consecuencias desestructuradoras que tiene para el grupo familiar la adicción de uno de sus miembros, como también el rol fundamental que va a jugar en el bienestar del grupo la recuperación del paciente. La lectura de estos capítulos ayuda a tomar conciencia de la necesidad de un tratamiento integral del enfermo, y contribuye a desterrar el malentendido de que un drogadicto puede ser sanado por un médico aislado en su consulta. Al contrario, se trata de una condición de la cual se tienen que hacer cargo la sociedad, las instituciones, el grupo familiar, y un equipo de trabajo médico, psiquiátrico y psicológico. Sólo por esa vía se puede llegar a desactivar el circuito infernal en el que está atrapado el adicto.

Los capítulos quinto y sexto relatan el camino de curación del paciente adicto, y lo hacen a partir de una rica experiencia clínica sedimentada en años de ejercicio de esta especialidad por parte del autor. Vuelve a rescatarse la importancia de los sentimientos. De hecho, este capítulo está planteado como camino para recuperar los sentimientos, reparar la autoimagen, rescatar las capacidades intelectuales y emocionales y aprender a enfrentar los conflictos, que es otra forma de decir aprender a lidiar con la angustia.

Quisiera terminar realzando un subcapítulo de la última parte del texto, dedicado a la prevención y la importancia de los padres en este tema.

Hasta la década de los cincuenta la crianza y la educación de los hijos estaba basada en la enseñanza de la norma y en la preocupación por su cumplimiento. El padre, gran representante del mundo externo y administrador de lo permitido y lo sancionado, era una figura lejana que enseñaba a través de la aprobación y el castigo. La psicología demostró que el crecimiento mental debe darse en un clima dialogado, no impositivo ni represor, y llamó la atención sobre la importancia de abrir mayores márgenes de libertad para que el hijo encontrara sus caminos con mayor autenticidad.

Ocurre, sin embargo, que este nuevo horizonte que nos ha abierto la psicología implica un desafío que aún no ha sido asumido por los padres. Éstos, tras abandonar el régimen de custodia normativa, no han implementado el nuevo estilo dialogado, el cual exige una gran dedicación en torno a cada uno de los hijos, con mucho trabajo emocional y tiempo compartido.

El gráfico mostrado en la última parte del libro habla por sí solo: una evaluación enfocada en el consumo de marihuana y otras drogas en relación con los diversos grados de cercanía entre padres e hijos, señala cómo aquellos que tuvieron padres cercanos prácticamente no consumen drogas, mientras cerca del 50 por ciento de quienes tuvieron padres más lejanos sí lo hacen o lo han hecho.

Esta cercanía a la que me refiero exige diálogo, requiere contención, reclama de nosotros, los padres, respuestas interesantes que tengan que ver con lo que son las verdaderas preguntas de nuestros hijos, alimentadas con los datos que la ciencia nos va ofreciendo.

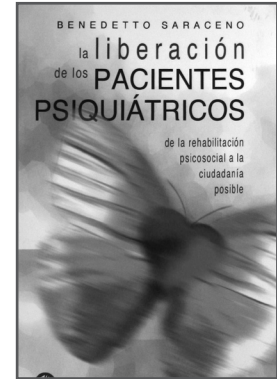
De allí que “buenos padres” sea sinónimo de “padres informados”. Las instituciones educadoras precisan manejar buena información, convincente, para dar así las respuestas elaboradas y bien fundamentadas que los jóvenes demandan. Éste es un libro que ayuda en ese sentido, que trata un tema difícil y serio en forma amena y ordenada, yendo a lo esencial y sin perderse en divagaciones. Al terminar su lectura uno queda con la sensación de haber conocido el drama de esta enfermedad, de haber aumentado el arsenal de información necesaria para dar respuestas sólidas y, por último, se siente más preparado para ayudar a tantos que padecen esta condición.

RESEÑA

# LA LIBERACIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A LA CIUDADANÍA POSIBLE

Autor: **Benedetto Saraceno**  
Editorial Pax, México, 2003

(Rev GU 2005; 1: 23-24)



Alberto Minoletti<sup>1</sup>

En sólo 130 páginas el autor, un reconocido líder mundial de la Psiquiatría Social contemporánea y actual Director del Departamento de Salud Mental de la OMS, resume innovadores conceptos para el tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedades mentales. Partiendo de la hipótesis central de que la psiquiatría institucional, ya sea que se practique en hospitales o consultorios, tiende al “entretenimiento” del enfermo con un conjunto de “terapias perjudiciales o indiferentes (a veces útiles)”, revisa los principales aportes y limitaciones de los modelos teóricos de rehabilitación, para llegar a su propia visión de la salud mental comunitaria como construcción de ciudadanía y aplicación de un modelo holístico biopsicosocial.

Especialmente bien logrados son los capítulos sobre “Definiciones y Modelos”, “La Rehabilitación como Ciudadanía” y “Psiquiatría y Salud Mental”. En el primero de ellos, con una extensa revisión bibliográfica, con referencias de artículos o libros de los más destacados autores en el campo de la rehabilitación psicosocial, presenta en forma didáctica cuatro modelos de rehabilitación: capacitación de habilidades sociales, psicoeducación, modelo de Spivak y los aportes de Luc Ciompi, permitiendo que el lector no sólo tenga una visión panorámica de ellos sino que los analice en forma crítica.

En el segundo, con muchas citas de Rotelli y de De Leonardis, los continuadores teóricos del movimiento Triestino de reforma psiquiátrica iniciado por Franco Basaglia, el Dr. Saraceno desarrolla su propuesta provocadora de rehabilitación psicosocial, rompiendo con los paradigmas tradicionales y abriendo las mentes y los corazones hacia nuevos horizontes, donde las personas con enfermedades mentales severas vean posible la utopía de su plena inserción en la sociedad.

El capítulo sobre “Psiquiatría y Salud Mental” es una pequeña joya, en el cual el concepto de lo “biopsicosocial” es analizado en forma magistral, estimulando al lector a revisar sus propias ideas y prácticas, motivando hacia una concepción integradora, dinámica e interactuante de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, y mostrando con ejemplos cómo podemos trabajar con estas dimensiones tanto en la enfermedad mental de una persona como en la salud mental de una comunidad. Desde estas premisas del concepto biopsicosocial, el autor analiza la dicotomía entre la psiquiatría como más asociada a lo biomédico y la salud mental a lo psicosocial, clarificando el rol de cada una de ellas y postulando una integración que evite una suerte de “fobia a la enfermedad” en la comunidad y una especie de “fobia a la normalidad” en la psiquiatría.

<sup>1</sup> Jefe de la Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile.

Es lamentable que este excelente aporte del Dr. Saraceno haya sido traducido al español tan tardíamente (año 2003), cuando su primera edición en italiano fue en el año 1995. Considerando que el actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile fue publicado en el año 2000, hubiera sido de gran utilidad haber dispuesto de este libro con anterioridad, con el fin de que hubiera enriquecido sus contenidos, y luego en los primeros años de su implementación, para haber facilitado el trabajo de los nuevos equipos comunitarios que el Plan ha impulsado.

Un aspecto que disminuye algo la calidad del libro es su traducción al español, observándose algunos

términos y construcciones gramaticales que dificultan la comprensión de algunas ideas. Un ejemplo de esto es la libertad que se tomó la traducción con respecto al título, ya que la obra original en italiano es "La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica".

Este libro representa una lectura obligada para los psiquiatras y profesionales de salud mental que trabajan con el modelo comunitario, pero puede ser también de alto interés para cualquier profesional del campo de la psiquiatría y la salud mental que se interese por la calidad de vida, integración social y los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.



RESEÑA

# SUEÑO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Autor: **Walter Abdaloff**  
Mediterráneo, Santiago, 2003

(Rev GU 2005; 1: 25-26)



Ramón Florenzano<sup>1</sup>

Este es un libro eminentemente didáctico. El autor, experto reconocido en el tema del sueño y sus trastornos, presenta acá su experiencia clínica en forma sistemática y ordenada, en forma accesible para estudiantes de pre y postgrado. Desde la clasificación internacional de desórdenes del sueño, se analizan sistemáticamente primero los insomnios, luego las hipersomnias, las parasomnias, para finalmente centrarse en temas de cronobiología y cronofarmacología.

Con relación a los insomnios, parte dando estadísticas norteamericanas del año 1983. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile ha hecho estudios posteriores acerca de la frecuencia de trastornos del sueño en nuestro país. Un primer comentario con relación al libro, es que usa pocas fuentes nacionales. Es un tema en el cual se ha investigado algo, no demasiado, pero nuestros autores deben tomarse en cuenta.

En forma adecuada, se comienza en análisis de los insomnios refiriéndose a los *insomnios transitorios y de corto plazo*, nuevamente con datos norteamericanos de una encuesta Gallup de 1991. Se explora en las diversas causas, enfatizando los relacionados al estrés, y la necesidad de limitar el uso de benzodiazepinas de vida corta a menos de tres semanas. Tanto en éste como en sucesivos capítulos, a nuestro juicio se minimiza el riesgo de dependencia a benzodiazepinas, señalando que la literatura muestra que son inocuas. El *insomnio primario* o idiopático es estudiado brevemente, con menor atención a los aspectos psicogé-

nicos de este tipo de cuadros. Siguen dos capítulos sistemáticos que analizan los *insomnios por causas médicas*, y aquellos *por causas psiquiátricas*, con interesantes acápites sobre la asociación insomnio con cefaleas de diversas causas, así como del diagnóstico diferencial de los insomnios secundarios a distintas psicopatologías. Finaliza este capítulo con una revisión ordenada de los tratamientos farmacológicos y conductuales del insomnio.

Las hipersomnias son estudiadas con foco inicial en el *síndrome de sueño insuficiente*, cuadro descrito en 1983 y que es prevalente en culturas como la nuestra, que van de un estilo de vida más tranquilo a un trabajo-holismo generalizado: al dormir voluntariamente menos durante la noche, por razones de sobrecarga laboral u otras, se acumula una *“deuda de sueño”* y se produce somnolencia diurna prolongada. Son tratados luego cuadros más raros, como las narcolepsias, las hipersomnias debidas a causas médicas y las idiopáticas, la apnea-hipoapnea obstructiva, y finalmente la hipersomnias postraumática. Todo con la sistematicidad que caracteriza al autor.

A continuación se tratan las parasomnias, inicialmente ligadas a las epilepsias y ahora mejor comprendidas con las tecnologías actuales. Son tratados los desórdenes del alerta, entre ellos los sonambulismos, los terrores nocturnos, y los cuadros transicionales entre el sueño y la vigilia. Cuadros neurológicos tales como el *“desorden de las piernas inquietas”* (*restless leg*) y los calambre nocturnos son bien descritos, así

<sup>1</sup> Hospital del Salvador. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

como los desórdenes asociados al sueño REM: pesadillas, parálisis del sueño, erecciones nocturnas dolorosas y otros cuadros menos frecuentes. Se repite el tratamiento sistemático: todo cuadro es descrito con antecedentes históricos, definición, manifestaciones clínicas, prevalencia, etiología, base biológica, pronóstico y complicaciones, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Los capítulos finales tratan de la cronobiología, refiriéndose al tema de ritmos circadianos en forma amplia, para incluir finalmente un anexo con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño. En resumen, un texto completo, con bibliografías amplias y documentadas, sobre un tema que es de interés no sólo para neurólogos y psiquiatras, sino para todo clínico.

## ENTREVISTA

# THOMAS SZASZ: LA LIBERTAD Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA<sup>1, 2</sup>

(Rev GU 2005; 1: 27-36)

Randall C. Wyatt<sup>3</sup>

Psiquiatra crítico y prolífico escritor, Thomas Szasz M.D. no se ha detenido lo suficiente entre sus 26 libros, cientos de artículos y compromisos de conferencias, como para tomarle el peso a su substancial carrera. Aunque sus críticos lo envilecen por desafiar el *status quo* psiquiátrico, otros lo ven como un brillante observador social y como un hombre con la valentía para decir permanentemente lo que cree verdadero, incluso en los momentos en los que sus ideas eran impopulares y ponían en riesgo su carrera. Ha sido admirado y criticado, y en ocasiones “ignorado”, pero siempre ha movilizado grandes emociones.

Apasionado orador e irrefutable en la argumentación, ha siempre hecho gala de un brillante sentido del humor y de la sátira. En esta entrevista Szasz es interrogado y persuadido a desmenuzar sus mayores contribuciones a la luz de las tendencias actuales en psiquiatría, psicoterapia y en el paisaje sociopolítico.

La crítica de Szasz al *establishment* psiquiátrico y terapéutico es ahora más importante que nunca, puesto que él confronta las contradicciones inherentes de combinar los “administradores de salud” (*managed care*) y la psicoterapia. Volviendo a mirar el mito de la “enfermedad mental”, Szasz refuta el argumento que sostiene que los recientes descubrimientos en neurociencias han transformado sus tesis en algo irrelevante. El decidido compromiso de Szasz con la libertad humana se hace evidente en sus puntos de vista acerca de los peligros de la ley de drogas, de la hospitalización involuntaria y de la medicalización de los problemas sociales. Él ilumina la

<sup>1</sup> Entrevista a Thomas Szasz publicada en el *Journal of Humanistic Psychology*, Vol 44 N°1:71-85, Winter 2004, realizada por Randall C. Wyatt.

<sup>2</sup> Traducción a cargo de César Ojeda. Traducción y publicación en GU autorizada por el autor, por el editor del *Journal of Humanistic Psychology* Dr. Michael Williams y por Anna Clifford, Permissions Administrator of Sage Publications, con el conocimiento del Prof. Thomas Szasz.

<sup>3</sup> Profesor adjunto de la California School of Professional Psychology, San Francisco Bay Campus en Alliant International University. Wyatt practica la psicoterapia en Oakland, California, y es director de counseling en CrossWinds Counseling en Dublín, California. Es además editor jefe de la revista online para psicoterapeutas, [www.psychotherapy.net](http://www.psychotherapy.net).

<sup>4</sup> Esto corresponde a compañía de seguros de salud, el papel que en Chile cumplen las Isapres. (N. del T.)

**naturaleza entretejida de la libertad civil y de la libertad psicoterapéutica, y la necesidad de ambas libertades si efectivamente se busca la auto-comprensión. También Szasz deja de manifiesto los aspectos humanos de estos fenómenos, demostrando que las opciones y decisiones cotidianas de los que ostentan el poder en nuestras instituciones, en el gobierno y en las profesiones de ayuda, pueden afirmar o debilitar los valores de la libertad y de la responsabilidad. A través de este diálogo, con voz mesurada y sin embargo apasionada, Szasz sigue una aproximación metódica en cada tópico, compartiendo reflexiones personales y acumuladas a lo largo de su carrera, revelando su tenacidad, consideración y genuina pasión por los valores humanistas y la justicia social. El Dr. Szasz es actualmente Profesor Emérito del SUNY Health Science Center en Syracuse, New York, lugar en el que ha enseñado desde 1958.**

## EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

WYATT: *Debido a la diversidad de sus intereses, voy a hacerle una amplia gama de preguntas y, además, deseo asegurarme de concentrarme en su trabajo como psicoterapeuta. Algunos antecedentes primero. Usted ha sido bien conocido por la frase “el mito de la enfermedad mental”. En menos de 1.000 palabras, ¿qué significa esa frase?*

SZASZ: La frase “el mito de la enfermedad mental” quiere decir que la “enfermedad mental”, como tal, no existe. El concepto científico de enfermedad se refiere a una lesión corporal, es decir, a una anomalía material, estructural o funcional del cuerpo como máquina. Esta es la definición patológica clásica, victoriana, de enfermedad, y que aún es la definición usada por patólogos y médicos en tanto “sanadores” científicos.

El cerebro es un órgano –como los huesos, el hígado, los riñones, etcétera– y por supuesto, puede enfermarse. Ese es el dominio de la neurología. En tanto la mente no es un órgano corporal, no puede enfermarse, excepto en un sentido metafórico, del mismo modo en el que decimos que una economía está enferma, o que una broma es enferma. Estas son formas metafóricas de decir que cierta conducta o condición es mala, que produce infelicidad o que no es deseable. Dicho de otra forma, hablar de “mentes enfermas” es como hablar de “bromas enfermas” o de “economías enfermas”. En el caso de la enfermedad mental, estamos frente a una manera metafórica de expresar alguien la visión acerca de que hay algo malo en la conducta de la persona a quien él le atribuye la enfermedad.

Dicho brevemente, del mismo modo en que no hay brujas sino sólo mujeres rechazadas y llamadas “brujas”, no hay enfermedades mentales sino sólo conductas que los psiquiatras desaprobamos y que llamamos “en-

fermedades mentales”. Por ejemplo, una persona tiene miedo de salir a los espacios abiertos. Los psiquiatras llamamos a eso agorafobia y sostenemos que se trata de una enfermedad. O si una persona tiene extrañas ideas o percepciones, los psiquiatras decimos que ella presenta delirio o alucinaciones. Lo mismo ocurre con el uso de drogas ilegales o si alguien comete un asesinato masivo. Pero, todo lo señalado son conductas y no enfermedades. Prácticamente todo lo que yo digo acerca de la psiquiatría proviene de lo señalado.

WYATT: *Permítame decir que la ciencia moderna, con todos los avances en genética y bioquímica, ha encontrado cierta correlación entre la conducta y déficit o desbalances biológicos, o alteraciones genéticas. Podemos decir, por lo tanto, que las personas que presentan alucinaciones o delirio tienen déficit biológicos. ¿Cómo afecta eso sus ideas?*

SZASZ: Ese desarrollo no invalida mis ideas como piensan mis críticos, sino que, al revés, las valida. Por supuesto, yo no niego la existencia de enfermedades del cerebro; por el contrario, mi punto es que si las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro, debiéramos llamarlas enfermedades del cerebro y tratarlas como tales –y no llamarlas enfermedades mentales y tratarlas como tales. En el siglo 19 los manicomios (*madhouses*) estaban llenos de gente que estaba “loca”; más de la mitad de ellos tenían en definitiva una enfermedad cerebral, principalmente neurosífilis, daño cerebral, intoxicaciones o infecciones. Una vez que eso fue entendido, la neurosífilis dejó de ser una enfermedad mental y se transformó en una enfermedad cerebral. Lo mismo ocurrió con la epilepsia.

WYATT: *Es interesante, porque muchos de mis estudiantes y colegas que han leído su trabajo u oído acerca de*

*sus ideas, piensan que cuando una condición que previamente se pensó que era mental, se demuestra que es una enfermedad cerebral; como se ha señalado, sus ideas se hacen discutibles.*

SZASZ: Eso es porque ellos no están familiarizados con la historia de la psiquiatría, realmente no entienden lo que es una metáfora y no desean ver cómo y por qué un diagnóstico psiquiátrico es adosado a las personas. Ted Kaczynski, el así llamado “Un-abomber”<sup>5</sup>, fue diagnosticado de esquizofrenia por los psiquiatras gubernamentales. Si la gente desea creer que un defecto genético es la causa que impulsa a una persona a cometer tales tipos de crímenes brillantemente concebidos, pero que cuando una persona compone una gran sinfonía, eso es debido a su talento y libre albedrío, qué le vamos a hacer.

Las evaluaciones objetivas, las medidas médicas de cambios químicos y de cambios en los tejidos, no evalúan ideas o conductas. Tiempo atrás había sofisticadas evaluaciones diagnósticas y los médicos realizaban un arduo trabajo distinguiendo entre la real epilepsia, es decir, las crisis neurológicas, y lo que llamamos “crisis histéricas”; las cuales son simplemente una falsa epilepsia que pretende tener “crisis”. Cuando la epilepsia empezó a ser entendida como debida a la excitabilidad aumentada en algunas áreas del cerebro, entonces dejó de ser psicopatología o enfermedad mental y se transformó en neuropatología o enfermedad cerebral. Se transformó en parte de la neurología. La epilepsia aún existe. La neurosífilis, aunque muy poco frecuente, también existe y no es tratada por psiquiatras sino por especialistas en enfermedades infecciosas, porque es una infección del cerebro.

El descubrimiento de que todas las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro significaría la desaparición de la psiquiatría y su transformación en neurología. Pero entonces, eso significaría que una condición sería una enfermedad mental *sólo* si pudiese ser demostrado por medidas objetivas que la persona la tiene o no la tiene. Usted puede probar –objetivamente y no mediante un “diagnóstico clínico”– que X tiene o no neurosífilis, pero usted no puede probar objetivamente que X tiene o no tiene esquizofrenia o una depresión clínica o un trastorno por estrés post-

traumático. Como la mayoría de los nombres y verbos, la palabra *enfermedad* será siempre usada tanto literal como metafóricamente. Mientras los psiquiatras sean renuentes a fijar el sentido literal de “enfermedad mental” a un estándar objetivo, permanecerán sin una manera de distinguir entre las enfermedades mentales metafóricas y literales.

WYATT: *Naturalmente, los psiquiatras no desean ser empujados fuera del cuadro. Ellos desean mantener agarrada a la esquizofrenia tanto como puedan, y ahora la depresión y el juego, el abuso de drogas y otras condiciones son propuestas como teniendo determinaciones biológicas y genéticas. Se piensa que todo tiene marcadores genéticos, tal vez incluso la normalidad. ¿Qué dice usted a eso?*

SZASZ: Los psiquiatras han “creado” algunas enfermedades muy famosas y por las cuales nunca se han disculpado: las dos más recientes son la masturbación y la homosexualidad. Yo casi no sé qué decir acerca de esa tontería. A menos que una persona entienda la historia de la psiquiatría y algo sobre semántica, es muy difícil lidiar con tales cosas. Los diagnósticos NO son enfermedades. Punto. Las personas con esas llamadas enfermedades fueron torturadas por los psiquiatras por cientos de años. Los niños eran torturados mediante tratamientos anti-masturbación. Los homosexuales eran encarcelados y torturados por los psiquiatras. Ahora todo eso está convenientemente olvidado, mientras los psiquiatras –prostitutas de la ética dominante– inventan nuevas enfermedades como las que usted ha mencionado.

La guerra con las drogas es la matanza actual de la psiquiatría-judicial. Así también es la guerra con los niños llamados “hiperactivos”; en la que los niños son envenenados en las escuelas con “drogas peligrosas” tipo II, como el metilfenidato, el que cuando es llamado “Ritalin” es una cura milagrosa para ellos. La *Drug Enforcement Administration* clasifica el Ritalin entre las sustancias más peligrosas y adictivas que pueden ser prescritas legalmente, tales como los opiáceos, la metadona, los barbitúricos y las anfetaminas (la dextrina, una anfetamina, y prima cercana del Ritalin, es también ampliamente indicada en los niños hiperactivos).

Permítame mencionar otra característica de la psiquiatría estrechamente relacionada con lo dicho y que la distingue del resto de la medicina. Sólo en psiquiatría hay “pacientes” que no quieren ser pacientes. Esto es crucial, porque mi crítica a la psiquiatría tiene dos aristas. Una de mis críticas es conceptual: esto es, que las enfermedades mentales no son verdaderas enfermedades. La otra es política: esto es, que las enfermedades mentales son una parte de una retórica “justificatoria” que legitima [las leyes de] el compromiso civil (*civil*

<sup>5</sup> Ted Kaczynski es un conocido y elaborado asesino que en 1978 inició una serie de atentados con bombas a través de Estados Unidos, especialmente dirigidos a universidades (de ahí el sobrenombre Un-abomber). Antes de ser detenido publicó un “Manifiesto” de 35.000 palabras en contra de la tecnología (N. del T.)

*commitment*)<sup>6</sup> y la defensa basada en la insanidad (*insanity defense*)<sup>7</sup>. Los dermatólogos, los oftalmólogos, los ginecólogos, no tienen pacientes que no deseen ser sus pacientes. En cambio, los pacientes psiquiátricos son paradigmáticamente involuntarios.

Originalmente, todos los pacientes mentales eran involuntarios, pacientes de hospitales estatales. Este concepto, este fenómeno, todavía forma el núcleo de la psiquiatría. Y esto es lo que está básicamente equivocado en la psiquiatría. En mi opinión, la hospitalización involuntaria y la defensa basada en la insanidad deberían ser abolidas, del mismo modo en que fue abolida la esclavitud o la restricción de los derechos políticos de la mujer o la persecución de los homosexuales. Sólo entonces podríamos empezar a examinar a las llamadas enfermedades mentales como formas de conducta, del mismo modo en que lo hacemos con otras conductas.

## ESCLAVITUD, BRUJERÍA Y PSIQUIATRÍA

WYATT: *En términos de hospitalización involuntaria y psiquiatría coercitiva que usted ha criticado en sus trabajos...*

SZASZ: Perdóneme. Toda la psiquiatría es coercitiva, de hecho o potencialmente –porque una vez que una persona entra a la oficina de un psiquiatra, bajo ciertas condiciones, el psiquiatra tiene el derecho legal y el deber legal de recluir a esa persona. Los psiquiatras tienen el deber de prevenir el suicidio y el asesinato. El sacerdote que escucha una confesión no tiene tal deber. Los abogados y el juez no tienen ese tipo de deberes. Ninguna persona en la sociedad tiene la clase de poder que los psiquiatras ostentan. Y este es el poder del cual deben

ser privados, del mismo modo en que los hombres blancos tuvieron que ser privados del poder de esclavizar a los hombres negros. Los sacerdotes solían tener clientes involuntarios. Actualmente le llamamos a eso conversión religiosa forzada o persecución religiosa: solía ser llamada “práctica de la verdadera fe” o “amor a Dios”. Ahora nosotros tenemos tanto conversión psiquiátrica forzada como persecución psiquiátrica, y le llamamos a eso “salud mental” y “terapia”. Sería gracioso si no fuera tan serio.

WYATT: *La naturaleza simbólica de la psiquiatría y de la sociología de la psiquiatría son ciertamente coercitivas. Sin embargo, cada acto no es literalmente coercitivo. Alguien acude al doctor y dice: “No puedo dormir. Estoy deprimido. ¿Puede usted darme algo que me ayude a conciliar el sueño y que me ayude a despertar?” Ese es un intercambio libre.*

SZASZ: Eso es correcto. Hay intercambios psiquiátricos voluntarios, al menos en principio. Como me gusta decir, yo apruebo de todo corazón los actos psiquiátricos entre adultos que dan su consentimiento. Pero esos actos son de naturaleza pseudomédica, porque el problema que se maneja no es médico, y también porque la transacción a menudo se sustenta en tomar ventaja de la criminalización del mercado libre de drogas. ¿Por qué usted tiene que ir al doctor para obtener una pastilla para dormir o un tranquilizante? Hace cien años usted no tenía que hacer eso, usted podía ir a una droguería, o a Sears Roebuck y comprar todas las drogas que quería –opio, heroína, hidrato de cloral. De cierta manera, la profesión psiquiátrica vive del hecho de que sólo los médicos pueden prescribir drogas, y el gobierno ha hecho de la mayoría de las drogas que la gente desea, drogas sometidas a prescripción

WYATT: *Tocando un punto lateral, ¿no es interesante y problemático que un alto porcentaje de la gente que va a prisión por abuso o venta de drogas son negros y una minoría, y aquellos que tienen licencia para prescribir, son a menudo no-minorías que llegan a ser héroes en la sociedad por vender lo que a veces es la misma mercancía, aunque legalmente, por supuesto?*

SZASZ: Está claro. Yo desarrollo en detalle esta nueva forma de esclavitud de los negros en mi libro *Our Right to Drugs* (Nuestro derecho a las drogas). Debido al tipo de leyes que tenemos, los médicos prescriben drogas que alteran el estado de ánimo, las que a menudo los pacientes desean y demandan: es la versión medicalizada de la distribución de drogas. Los médicos hicieron lo mismo con el alcohol durante la prohibición, lo que fue muy lucrativo.

<sup>6</sup> Esta es la manera en que estas leyes operan en Estados Unidos. Por ejemplo, si una persona comete un delito sexual y es encontrado culpable, puede ser sometido a una sentencia judicial, por ejemplo 7 años de reclusión. Cumplida la sentencia, la persona es remitida a una institución “mental”, en la cual es evaluada por psiquiatras, psicólogos, demandantes, jueces y jurados, los que deciden si la persona tiene una enfermedad mental que suponga el riesgo de que vuelva a delinquir. Si la persona es considerada enferma mental, entonces va a una institución mental hasta que se demuestre que ese peligro ya no existe, lo que naturalmente puede ser una internación de por vida (N. del T.).

<sup>7</sup> La “*insanity defense*” se refiere a la defensa de crímenes alegando que la persona al cometerlos no distinguía entre el bien y el mal o no tenía control de su conducta por padecer una “enfermedad mental”, y, por lo tanto, no puede ser juzgada y no es criminalmente responsable (N. del T.)

WYATT: *Y ahora la psiquiatría y la farmacología pueden ser un negocio lucrativo.*

SZASZ: La psiquiatría es un negocio lucrativo sólo en la medida en que toma parte de estos dos privilegios médico-psiquiátricos o monopolios en la prescripción de drogas psicoactivas. Esa prescripción la pueden hacer principalmente los médicos licenciados, y de esa manera crean sus propios pacientes, esto es, transforman a las personas en pacientes, en contra de la voluntad de estos últimos: tal cosa sólo la pueden hacer los psiquiatras.

## EL DERECHO A USAR DROGAS

WYATT: *Entonces, ¿cuál es su visión de la medicación psiquiátrica para personas que sufren de esquizofrenia o "problemas de la vida" como usted los llama, o dificultades interpersonales o intrapsíquicas?*

SZASZ: Yo no pondría el asunto de esa manera. En mi opinión el uso de drogas es un derecho humano fundamental, similar al uso de libros o rezar. Entonces surge la cuestión de qué es lo que la persona desea y cómo puede obtener lo que desea. Si la persona desea un libro, va a la librería o a la Internet y lo obtiene. Esa persona debiera poder obtener una droga de la misma manera. Si ella no sabe qué tomar, entonces puede ir a un doctor o a un farmacéutico y preguntarles. Entonces ella debiera poder ir y comprarla.

WYATT: *Eso nos lleva al tema de las drogas y de las leyes de prescripción, sobre las cuales usted ha escrito extensamente.*

SZASZ: Así es. Las leyes de prescripción de drogas son una nota al pie de la prohibición de las drogas. Las leyes de prescripción de drogas deben ser rechazadas. Todas las leyes de drogas debieran ser rechazadas. Entonces, las personas podrían decidir por ellas mismas qué cosa los ayuda mejor a aliviar sus existencias o luchas personales, asumiendo que ellas quieran hacerlo mediante drogas: opio o marihuana o cigarrillos o Haldol o Valium. Después de todo, el único árbitro de lo que aqueja mentalmente a una persona y de qué lo hace sentirse o funcionar mejor, como ella defina ese mejor, es el paciente. No tenemos ningún test de laboratorio para las neurosis y las psicosis.

Como para el insomnio, que es una queja típica y una comunicación indirecta para obtener pastillas para dormir. Una persona no puede ir al médico y decirle: "por favor, hágame una receta para un barbitúrico". Si lo hace, ella podría ser diagnosticada y denunciada como un adicto. De modo que ella debe decir: "No puedo dormir". ¿Cómo puede el médico saber si eso es verdad?

WYATT: *Usted le pregunta cuántas horas duerme y ella dice que dos horas por noche.*

SZASZ: ¿Cómo podría saber el médico si eso es verdad? El término insomnio puede funcionar como una mentira estratégica que el paciente tiene que usar para conseguir la prescripción que desea.

## EL ESTADO TERAPÉUTICO Y EL MODELO MÉDICO

WYATT: *Usted parece tener una visión diferente del modelo médico de la medicina que del modelo médico de la psiquiatría.*

SZASZ: Sí, muy diferente. Nosotros no hablamos del modelo médico de la medicina en medicina o del modelo médico de la neumonía. No hay otro modelo. No hablamos del modelo eléctrico de por qué la ampollita emite luz. El lenguaje es muy importante. Si una persona dice: "Estoy en contra del modelo médico de la enfermedad mental", eso implica que la enfermedad mental existe y que hay otro modelo de ella. Pero, resulta que no hay enfermedad mental, por lo tanto no es necesario ningún modelo de ella. El punto no es el modelo médico, término del que se ha abusado; el punto es el modelo pediátrico, el modelo de la irresponsabilidad –tratando a las personas etiquetadas como "mentalmente enfermas" como si fueran niños pequeños y los psiquiatras sus padres. Los pilares de la psiquiatría son coerciones y excusas médicamente racionalizadas y judicialmente legitimadas.

WYATT: *Si usted tuviera que usar la expresión "enfermedad mental" como una metáfora, o como un pseudónimo para enfermedad queriendo decir "mal-estar"<sup>8</sup>, que las personas están afligidas, el modelo psicosocial de la enfermedad mental. O, si usted tuviera que sustituirla por "problemas emocionales"...*

SZASZ: No. No lo haría. Casi cualquier cosa puede ser la causa de problemas emocionales –ser negro o pobre o ser rico– por decir algo en ese sentido. Innumerables condiciones humanas pueden crear sufrimiento humano. ¿Cuáles de ellas vamos nosotros a medicalizar y cuáles no? Nosotros solíamos medicalizar, psiquiatrizar, a los negros que huían de la esclavitud, a la masturbación, a la homosexualidad y la contracepción. Ahora nosotros no lo hacemos. En vez de eso, ahora medicalizamos lo que se suele llamar melancolía, y a la pereza, y al auto-asesinato y al racismo y al sexismo.

<sup>8</sup> El autor hace aquí un juego de palabras: escribe "dis-ease", que es muy parecido que *dis-easy*, para señalar esta idea.

WYATT: *Cambiando de tema...*

SZASZ: Permítame. No todavía. Porque quiero agregar que esta tendencia a llamar “enfermedades” a más y más problemas humanos y luego tratar de remediarlos o “atacarlos” como si fueran enfermedades, es lo que yo llamo “el estado terapéutico”.

WYATT: *Por cierto, todo aquello que solía ser visto religiosamente ahora es visto médicamente. La transformación es casi completa.*

SZASZ: ¡Exactamente! Y es perfectamente obvio. Requiere de un silenciamiento educacional y político sistemático no verlo. Hace trescientos años cada predicamento humano era visto como religioso: la enfermedad, la pobreza, el suicidio, la guerra. Ahora todos ellos son vistos como problemas médicos –como problemas psiquiátricos, causados por genes y curables con “terapia”. En el pasado la ley criminal estaba imbuida de teología, ahora está imbuida de psiquiatría.

WYATT: *El presidente Bill Clinton es un notable ejemplo del uso de diferentes modelos para describir el mismo problema. Su esposa dijo que sus problemas se debían a conflictos emocionales durante su infancia. Su hermano dijo que era adicto al sexo, porque él mismo era adicto a las drogas. Y Bill Clinton dijo que se trató de un pecado - el modelo religioso. Él fue a ver a un pastor protestante.*

SZASZ: Ese es un buen punto. Pero noten que Clinton no fue a ver a un real pastor. Fue donde un político –Jesse Jackson–, cuyo trabajo fue limpiar su imagen. Y lo hizo. Clinton lo seleccionó, como hizo con otros, de la misma manera que un emperador medieval podría haber seleccionado a un obispo para hacerlo lucir bien de nuevo.

WYATT: *¿Puedo cambiar de tema ahora?*

SZASZ: Por supuesto.

## LIBERTAD Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

WYATT: *Usted es conocido como un libertario<sup>9</sup>*

SZASZ: Sí, yo soy un libertario

WYATT: *Esa es una perspectiva filosófica; una perspectiva económica y política. ¿Qué significa en términos de la práctica de la psicoterapia?*

SZASZ: Empezaré por el final. Si usted usa cuidadosamente el lenguaje y es serio acerca del “libertarianismo” y la psiquiatría, entonces la expresión psiquiatra libertario es, simplemente, un oxímoron.<sup>10</sup> “Libertarianismo” quiere decir que la libertad individual es un valor más importante que la salud mental, como quiera se defina esta última. La libertad es ciertamente más importante que tener psiquiatras encarcelándolo para protegerlo de usted mismo. La psiquiatría, de una forma u otra, es coerción, es “compromiso civil”.<sup>11</sup> Una psiquiatría no coercitiva es también un oxímoron. Esta es una de las principales razones por la cual nunca me consideré un psiquiatra, pues siempre rechacé las coerciones psiquiátricas.

Ahora, en términos de filosofía política, el libertarianismo es lo que en el siglo 19 se llamó liberalismo. Actualmente es a veces también llamado “liberalismo clásico”. Es una ideología política que ve al estado como un aparato con el monopolio del uso legítimo de la fuerza, y por lo tanto como un peligro para la libertad individual. En sentido contrario, la perspectiva del “liberal” moderno mira al estado como protector, como un padre benevolente que garantiza la seguridad de los ciudadanos como si fueran cuasi-niños. Para mí, ser un libertario significa mirar a las personas como adultas, responsables de sus conductas, esperando que ellos se sostengan a sí mismos, en vez de ser sostenidos por el gobierno, esperando que ellos paguen por lo que desean, en lugar de obtenerlo de los doctores o del estado porque ellos lo necesitan. Es la antigua idea jeffersoniana de que el que gobierna menos gobierna mejor. La ley debiera proteger a las personas en su derecho a la vida, a la libertad y a la propiedad, de otras personas que desean privarlos de esos bienes. La ley no debiera proteger a las personas de sí mismas.

Esto quiere decir que, hasta donde sea posible, la atención médica debiera ser distribuida, económicamente hablando, como un servicio profesional en el mercado libre. Hay mucha sabiduría en el adagio: “Las personas pagan por lo que ellas valoran, y valoran aquello por lo que pagan”. Es peligroso apartarse mucho de este principio.

WYATT: *¿Por qué el dinero debe necesariamente ser parte de esto? Si las personas tienen menos dinero, no pueden*

<sup>9</sup> Partidario de la tesis del libre albedrío de modo absoluto, y por lo tanto de la supresión de todo gobierno y de toda ley.

<sup>10</sup> Oxymoron se refiere a una figura del lenguaje en la que términos aparentemente contradictorios aparecen en conjunción (N.del T.)

<sup>11</sup> Ver nota 6.



*pagar tanto como los que tienen más. Una persona pobre puede beneficiarse con la terapia.*

SZASZ: Por supuesto. El asunto que usted menciona confunde la búsqueda del igualitarismo con los conceptos de salud o psicoterapia y también con la búsqueda de salud. ¿Por qué debiera la psicoterapia ser dispensada de una manera más igualitaria que cualquier otra cosa? Además, las personas a veces valoran cosas distintas de la salud más que la salud, tales como la aventura, el peligro, la excitación y el fumar.

Permítame elaborar esto. Economistas y epidemiólogos han mostrado, más allá de toda sombra de duda, que las dos variables que se correlacionan más cercanamente con la buena salud son el derecho de propiedad y la libertad individual, el libre mercado. Las personas que gozan de mejor salud hoy día son los que viven en los países capitalistas del oeste y en Japón; y, los que presentan la peor salud, son las personas que disfrutaron la bendición de 80 años de paternalismo estatal, el comunismo. En la Unión Soviética, en la que las libertades políticas y el bienestar económico de las personas fueron sistemáticamente socavados por el Estado —donde ellos disfrutaban de “una miseria igual para todos”— la expectativa de vida cayó de más de 70 años a cerca de 55. Durante el mismo período, en los países desarrollados aumentó parejamente, y actualmente es alrededor de los 80 años. Y la atención médica tiene poco que ver con esto, puesto que Rusia tenía acceso a la ciencia médica y a la tecnología. Es primariamente un asunto de estilo de vida —o lo que suele ser llamado buenos hábitos versus malos hábitos. Y de buena salud pública, en el sentido de tener un ambiente físico seguro.

## PSICOTERAPIA: EL ESTILO SZASZ

WYATT: *Usted escribió La ética del psicoanálisis en 1965. Eso fue su zambullida dentro de la psicoterapia, el psicoanálisis, la autonomía y el rol del terapeuta. ¿Qué es lo que usted tiene que decir acerca de lo que es útil en psicoterapia? ¿Qué teorías usted sustenta o encuentra valiosas? Cuando usted está en una relación libre en psicoterapia —simplemente dicho, una persona ayudando a otra con sus temas personales— ¿qué ha encontrado usted que es una ayuda y qué teorías ha usted usado en su propio trabajo?*

SZASZ: Usted me está haciendo dos preguntas: qué encuentro útil o interesante y qué teorías uso. El tipo de psicoterapia que uno hace, si uno la hace bien, en mi opinión depende y es seleccionada primariamente por el terapeuta. Distintas personas tienen distintos temperamentos acerca de cómo relacionarse con otras perso-

nas. Debido a que la relación terapéutica es una relación íntima con otro ser humano, el tipo de psicoterapia que le hace sentido a los terapeutas refleja el tipo de personas que ellos son. En este sentido la psicoterapia no podría ser más diferente que las terapias físicas en medicina. El tratamiento adecuado de la diabetes no depende, y no debe depender, de la personalidad del médico. Es un asunto de ciencia médica. En el otro extremo, el tratamiento adecuado para una persona afligida que busca ayuda es un asunto de valores y de estilos personales, de parte de ambos: del terapeuta y del paciente.

La analogía apropiada para la psicoterapia no es con los tratamientos médicos sino con el matrimonio o la crianza de los hijos. ¿Cómo debe un hombre relacionarse con su esposa y viceversa? Diferentes personas se relacionan de diferentes maneras con sus esposas o maridos o hijos. En tanto su estilo de vida funcione para ellos, eso es todo. Así, primero digo que creo que cualquier tipo de la así llamada terapia —cualquier clase de situación de ayuda humana que tenga sentido para ambos participantes y que pueda ser iniciada, terminada o conducida de manera completamente consensual, voluntariamente, y que está exenta de fuerza o fraude— cualquiera o todas son, por definición, beneficiosas. Si no fueran beneficiosas, el cliente no vendría ni pagaría por ellas. El hecho de que el cliente regrese y pague por lo que obtiene del terapeuta es para mí evidencia *prima facie*, de que él la encuentra provechosa.

Yo la compararía, una vez más, con la religión, con ir a la iglesia. Personalmente no soy religioso. Sin embargo yo respeto a las religiones y a las personas que encuentran solaz en su fe. Millones de personas alrededor del mundo continúan yendo a la iglesia. Ellos no irían si no lo encontraran beneficioso, asumiendo que ellos no están yendo sólo por razones sociales, en cuyo caso ellos aún lo encuentran provechoso, aunque no por razones estrictamente teológicas.

WYATT: *¿Cuál fue su interés inicial para llegar a ser psiquiatra?*

SZASZ: Yo nunca estuve interesado en llegar a ser psiquiatra y nunca me he considerado a mí mismo como psiquiatra. La psiquiatría era una categoría dentro de la cual yo tenía que operar dada la sociedad en la que vivimos. Yo estaba interesado en la psicoterapia, en lo que me parecía la esencia de la premisa —y promesa— freudiana, la cual, desafortunadamente, nunca se materializó como un código profesional. Freud y Jung y Adler, tuvieron una muy buena idea, esta es, el que dos personas, un profesional y un cliente están juntos en una relación confidencial, en la que uno trata de ayudar al otro a vivir mejor su vida. Cada uno de esos pioneros

enfaticó diversos aspectos de cómo llevar a cabo esto de la mejor manera. Hay tres dimensiones en la vida: el presente, el pasado y el futuro. Freud habitó en el pasado, Jung en el futuro y Adler (y Rank) en el presente. Todo eso tiene sentido, pero debe ser ajustado a si le hace o no sentido al paciente.

WYATT: *¿Cómo opera esto en términos de la relación terapéutica?*

SZASZ: La relación debe ser completamente cooperativa. Las dos personas pueden encontrarse unas pocas veces o muchas a través de muchos años. El terapeuta es el agente del paciente. Esto no significa que deba estar de acuerdo con todo lo que el paciente crea o desee. Lejos de eso. Pero sí significa que el terapeuta tiene prohibido –por su propio código moral– hacer nada contra los intereses del paciente, en la manera en que el paciente define estos últimos. Esta es parte de mi concepción del contrato con el paciente. Por eso yo titulé mi libro *La ética del psicoanálisis*. La terapia es un asunto de ética y no de técnica.

Fue crucial que mis pacientes se seleccionaran a sí mismos. Ellos venían cuando lo deseaban; ellos venían a verme porque deseaban verme a mí y no a otro. Nada hay en este asunto parecido a “estar listo” para terminar la terapia. Del mismo modo en que el paciente decide empezar una terapia y cuándo, decide terminar la terapia y cuándo. Nada hay aquí nada semejante a cambiar al paciente, o hacerlo mejor, o controlar su conducta o protegerlo de sí mismo, etcétera. Depende del paciente cambiarse a sí mismo. El trabajo del terapeuta es ayudarlo a cambiar en la dirección que él desea, en el entendido que eso es aceptable para el terapeuta. Si no es aceptable, el trabajo del terapeuta es discutirlo con el paciente y terminar la relación.

WYATT: *¿Cuáles son entonces las expectativas del paciente?*

SZASZ: El paciente no tiene que hacer nada, excepto pagar. Esto suena como una broma egoísta. No lo es. Es importante. Depende del paciente lo que él o ella se lleva de la situación. Es semejante a lo que pasa en la educación, especialmente en un nivel universitario. Si usted va a la universidad y tiene que pagar por ello, la idea es que usted debería aprender algo. Pero no hay coerción. Al final, si usted no aprendió es problema suyo. Es su pérdida.

WYATT: *Usted mencionó que el cambio no es un prerrequisito, sin embargo mucha gente desea algún cambio.*

SZASZ: No es tan simple. La gente desea cambiar pero también no cambiar. La conducta que los pacientes desean cambiar, debe ser –y esto es muy freudiano– en

algún sentido funcional para el paciente, de otro modo ellos ya la habrían cambiado sin una terapia formal. Las personas pueden y cambian por ellas mismas.

WYATT: *¿Adaptativamente?*

SZASZ: Adaptativamente. Exactamente. Los así llamados síntomas mentales son muy diferentes que los síntomas médicos. Por ejemplo, si usted tiene una neumonía, toser es adaptativo: libera al cuerpo de la mucosidad, del material infeccioso y de los desechos de tejido en el desgarrar. Pero, es adaptativo solamente en ésta u otras situaciones patológicas similares. Pero no es adaptativo para usted en tanto ser humano. Pero una fobia, la ansiedad, la depresión, etcétera, tal vez sean adaptativas como cierto tipo de estrategia de vida, económica o interpersonal.

WYATT: *Su meta para la psicoterapia, es decir, el funcionamiento humano pleno, es aumentar su autonomía. Usted ha tenido eso como una meta.*

SZASZ: Esa era mi meta subyacente, que yo comunicaba a mis clientes como un principio ético. Mi premisa es que la responsabilidad, moralmente hablando, es anterior a la libertad. De modo que si una persona desea ganar mayor libertad –en relación con sus temores, su esposa, su trabajo, etcétera– debe primero asumir más responsabilidad (que la que ha tenido) hacia ellos; entonces ganará mayor libertad. El objetivo es asumir mayor responsabilidad y por lo tanto mayor libertad y mayor control sobre la propia vida. El punto y la pregunta para el paciente se transforman en determinar hasta qué punto está dispuesto a reconocer sus evasiones a la responsabilidad, a menudo expresadas como síntomas.

WYATT: *Eso es un diálogo...*

SZASZ: Sí, ese debiera ser el foco del diálogo terapéutico. Realmente, algunas personas dicen que quieren hacer esto o esto otro –por ejemplo, dejar de fumar o ser un mejor padre– pero ellos de verdad no lo quieren, no quieren renunciar al placer de fumar y no quieren experimentar la carga de cuidar a alguien dependiente. Una persona acude a un terapeuta y dice que quiere suicidarse. Naturalmente no es eso todo lo que desea. Él también desea psicoterapia. Brevemente, las personas a menudo son ambivalentes acerca de lecciones básicas. La ambivalencia no es un fenómeno patológico, es un apropiado y normal estado mental de muchas personas en muchas situaciones.

WYATT: *Volviendo a la terapia de nuevo, ¿usted ya no está ejerciendo?*

SZASZ: No. Pero lo hice por cuarenta y cinco años.

WYATT: *¿Cuál fue la mayor dificultad y cuál el aspecto más satisfactorio trabajando con las personas en una relación uno a uno?*

SZASZ: Yo encontré la práctica de la psicoterapia muy satisfactoria y no tan ardua. Dejé Chicago por Syracuse principalmente para escapar de tener que mantenerme a mí mismo completamente haciendo psicoterapia, lo cual puede crear la tentación financiera de hacer a los pacientes dependientes de la terapia. Naturalmente, cualquiera que realice psicoterapia podría decir lo mismo, pero creo que muchas personas se beneficiaron de haber tenido una “conversación” conmigo.

WYATT: *Con todo su trabajo en política y filosofía, su acción en psicoterapia ha pasado inadvertida. Que usted estaba en las trincheras, ayudando personas, conversando con ellas.*

SZASZ: Y muchas de las personas que vi habrían sido diagnosticadas como muy enfermas por otras personas. Algunas de ellas habrían sido diagnosticadas como psicóticas y sometidas a tratamientos con drogas.

WYATT: *¿Usted nunca prescribió drogas?*

SZASZ: No. Jamás practicando la psiquiatría –la psicoterapia– prescribí una droga. Nunca administré shock insulínico o terapia electroconvulsivante. Nunca encerré a nadie. Jamás testifiqué en la corte que un criminal no era responsable por sus crímenes. Nunca vi como paciente a quien no deseaba verme. Yo entré a la psiquiatría con los ojos muy abiertos. Nunca vi a la psiquiatría o a la psicoterapia como parte de la medicina. Aunque podría ser obvio, quiero agregar que yo nunca tuve objeciones a que los pacientes tomaran drogas o que hicieran cualquier cosa que ellos quisieran. Hasta donde tenía que ver conmigo, las cosas que ocurrían fuera de la oficina de consulta no eran asunto mío –en el sentido que si el paciente deseaba tomar drogas, tenía que ir a un doctor y conseguirlas, del mismo modo en que si quería divorciarse tenía que ir a un abogado.

WYATT: *Con las leyes actuales es muy difícil para un terapeuta o un psiquiatra ejercer la psicoterapia. Usted puede sacarle el cuerpo a la hospitalización involuntaria u otros mandatos del Estado, o las demandas de los seguros, pero cuando viene el empujón, usted es presionado a romper las confidencias o si no terminar en problemas.*

SZASZ: Eso es poniéndolo suavemente. Para todos los propósitos prácticos es imposible. Es el sello de pureza del totalitarismo el que no puedan existir secretos personales para el estado. Esa es la razón por la cual yo llamo al sistema político actual “estado terapéutico”. Tal estado es su amigo, su benefactor, su doctor. ¿Por qué desearía usted ocultarle algo? Mantenga en mente que

era prácticamente imposible hacer una psicoterapia real en la Unión Soviética o en la Alemania Nazi. Imagine que alguien acude a usted en la Alemania Nazi y dice: “Estoy escondiendo judíos en mi sótano”. Si usted no reportaba eso corría el riesgo de ser enviado a un campo de concentración y a la cámara de gases. Hoy día si usted no reporta que el paciente es suicida u homicida, o abusador de niños, entre otros mandatos, se está metiendo en líos. De ese modo, la psicoterapia confidencial muere, se termina. Los terapeutas y los pacientes se engañan a sí mismos pensando que eso no ocurre.

¿Qué puede usted hacer? Nada. Nos las hemos arreglado para hacer de la práctica libre de la psicoterapia, *de facto*, algo ilegal. El psicoterapeuta ha sido transformado en un agente denunciante, un agente del estado cuyo trabajo es traicionar a su paciente. El terapeuta debe detener, debe prevenir el abuso de menores, el abuso de drogas y la violencia. El terapeuta debe ser un policía fingiendo ser un terapeuta. Progresivamente las personas se quejan acerca de éstos y otros “problemas de confidencialidad”, pero ellas no ven al cuadro total. No ven que esto tiene que ver con la alianza de la psiquiatría y la psicoterapia con el Estado, reeditando la alianza entre la Iglesia y el Estado y todas sus implicancias.

WYATT: *Incluso más, cuando las personas van a un terapeuta que trabaja bajo un sistema de administración de salud deben tener una cantidad importante de problemas para cruzar el umbral y ver al terapeuta y hablar, u obtener drogas. Pero no demasiados problemas, pues entonces ellos serán vistos como enfermos crónicos y no podrán obtener ayuda. ¿Piensa usted que un terapeuta trabajando en la administración de salud es capaz de practicar la psicoterapia libremente?*

SZASZ: La psicoterapia en un sistema de administración de salud es un mal chiste. Es como la religión bajo una administradora de salud, o la educación bajo el sistema de administración de salud. Incluso el cuidado médico se complica y se contamina si la relación directa entre el doctor y el paciente es distorsionada por la participación de una tercera parte, si el paciente, en alguna forma, no puede pagar por lo que obtiene o no puede obtener lo que busca con el dinero que paga.

La psicoterapia moderna está basada en el psicoanálisis, y la relación psicoanalítica se basó en la relación del sacerdote con el penitente en el confesionario. La esencia de la confesión es la autoacusación por parte del penitente, y la promesa segura, por parte del sacerdote, de que la confesión que escucha no tendrá ni podrá tener consecuencias para el autoacusado en este mundo (sólo en el otro). Un sacerdote escuchando una

confesión y trabajando como espía para el Estado sería una obscenidad moral. Ni siquiera en los más oscuros días del totalitarismo tal cosa ocurrió.

Lo que es verdaderamente feo acerca de la psicoterapia hoy día es que muchos pacientes trabajan bajo la falsa creencia de que lo que ellos dicen al terapeuta es confidencial. Lo mismo es verdad para la psicoterapia basada en la confidencialidad y en la premisa de que el paciente se acusa a sí mismo con la esperanza de que haciéndolo, y con la ayuda del terapeuta, sería capaz de cambiar. Sin embargo, si los pacientes pronuncian ciertos pensamientos y palabras, el terapeuta los reportará a la autoridad competente y ellos podrían ser privados de libertad, de su trabajo, de sus buenos nombres, etcétera.

Ahora, debería estar claro que poner a la psicoterapia bajo el control de una compañía de seguros o del estado es sólo amontonar un sinsentido sobre otro. Podemos aún llamarle psicoterapia, y tratarla como si hacer psicoterapia, “curar almas”, fuera lo mismo que hacer cirugía ortopédica o reducir una fractura. Sin embargo, la psicoterapia es como ir a la iglesia. Usted va allí voluntariamente buscando cierto tipo de servicio de cierta persona. Y eso es espiritual, no físico.

## CRÍTICOS Y HÉROES

WYATT: *Usted ha tenido un montón de críticas en su carrera.*

SZASZ: ¿¡Puede decir eso de nuevo!?

WYATT: *¡Quizás muchísimas! En su libro *Insanity*, usted puntualiza todas las críticas.*

SZASZ: ¡No todas!

WYATT: *¿No podría mencionarlas todas?*

SZASZ: No. Sólo unas pocas (risa).

WYATT: *¿Cómo enfrenta eso? Usted es uno de los psiquiatras más criticados en la historia. No conozco a nadie tan criticado como usted.*

SZASZ: He sido muy afortunado. Tuve muy buenos padres, un muy buen hermano, una muy buena educación cuando niño en Budapest. Tengo muy buenos hijos, buenos amigos, buena salud, buenos hábitos, una buena cantidad de inteligencia. De verdad, siempre me he sentido afortunado. Ayudó considerablemente el que yo sintiera que había mucha gente que estaba de acuerdo conmigo –pero que muchas personas tienen miedo de decirlo cuando es personal y políticamente inconveniente. Yo no he hecho ningún descubrimiento científico. Yo simplemente estoy diciendo que si usted es blanco y no le gustan los negros, o viceversa, eso no es una enferme-

dad, es un prejuicio. Si usted está en un edificio del que no puede salir, eso no es un hospital, es una prisión. No me importa cuánta gente llame al racismo una enfermedad o a la hospitalización involuntaria, tratamiento.

WYATT: *¿Alguna vez las críticas lo deprimieron?*

SZASZ: Por supuesto, especialmente cuando las personas lo que realmente querían era injuriarme –personal, profesional y legalmente. No hay necesidad de meterse en esto. Yo traté de protegerme y escapé con suficiente suerte. Encontré un apoyo ilimitado en la literatura, en los grandes escritores: Visen dijo, entre otras cosas, que “la mayoría concertada está siempre equivocada”.

WYATT: *Mi última pregunta. Además de haber sido criticado de manera importante, usted es también algo así como un héroe para otros en su lucha: libertad, derechos individuales y el aumento de las libertades sobre la base de la responsabilidad: ¿Cuáles son sus héroes, desde la niñez hasta ahora?*

SZASZ: ¿Por dónde empiezo? Hay muchos: Shakespeare, Goethe, Adam Smith, Jefferson, Madison, John Stuart Mill, Mark Twain, Mencken, Tolstoy, Dostoyevsky, Chekhov, Orwell, C.S. Lewis, Ludwig von Mises, F.A. Hayek, Camus y Sartre, aunque personal y políticamente Sartre es un tanto despreciable. Él era un simpatizante comunista. Tenía la voluntad de pasar por alto el Gulag. Sin embargo, fue muy penetrante acerca de la condición humana. Su autobiografía es soberbia. Su libro sobre el antisemitismo es importante.

WYATT: *Camus desafió a Sartre.*

SZASZ: Sí, Camus rompió con él, principalmente en política. Camus era una mucho mejor persona, un ser humano mucho más admirable y también un magnífico escritor.

WYATT: *De seguro podríamos seguir y ver cómo cada uno de ellos lo influenció a usted. Otro día tal vez. Quiero agradecerle por estar con nosotros hoy. Estoy seguro de que los lectores apreciarán su sinceridad.*

## TRABAJOS SELECTOS DE THOMAS SZASZ

- Szasz, T.S. *The ethics of psychoanalysis: The theory and methods of autonomous psychotherapy.* Dell Publishing, N. York, 1965.
- *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct.* Quill, N. York, 1984.
- *Insanity: The idea and its consequences.* John Wiley, N. York, 1987
- *The myth of psychotherapy: Mental healing as religion, rhetoric and repression.* Syracuse University Press, N. York, 1988.
- *Our right to drugs: The case for a free market.* Syracuse University Press, N. York, 1996.
- *Pharmacracy: Medicine and politics in America.* Praeger, N. York, 2001.

## REVISIÓN

# FACTORES NO BIOLÓGICOS QUE PUEDEN MEJORAR LA RESPUESTA A LOS PSICOFÁRMACOS<sup>1</sup>

(Rev GU 2005; 1:37-46)

César Carvajal Álvarez<sup>2</sup>

**El éxito o fracaso de un tratamiento psicofarmacológico, más allá de la correcta elección del medicamento, dependerá en parte importante del cumplimiento y/o adherencia que tenga el paciente. En cuadros crónicos como la esquizofrenia o la depresión el porcentaje de mala adherencia puede superar el 50%. Hay factores que dependen del paciente, otros del fármaco, otros del médico y también del ambiente que afectará la adherencia. En esta revisión se abordan los conceptos de cumplimiento y adherencia a los tratamientos, y se toman como ejemplos de patologías que requieren de tratamientos crónicos –la esquizofrenia y la depresión– para destacar las distintas estrategias que pueden ayudar a una mejor adherencia terapéutica.**

## INTRODUCCIÓN

Un hito en la historia de la moderna psiquiatría lo constituye la aparición de los tratamientos farmacológicos en la década de 1950. La introducción de la clorpromazina en 1952 y de la imipramina en 1956 marcó una verdadera revolución psiquiátrica que dio paso al desarrollo de la denominada psiquiatría biológica. Con anterioridad puede considerarse que hubo otras dos revoluciones: la primera encabezada por Philippe Pinel en Francia, quien al liberar a los alienados de las cadenas les otorgó la condición de pacientes psiquiá-

tricos. La segunda revolución tuvo como protagonista a Sigmund Freud cuyas teorías han ejercido gran influencia en la psiquiatría y en la cultura occidental. En la actualidad, al haber sido descifrado el código genético del ser humano nos enfrentamos a una nueva revolución terapéutica. Este hecho constituye un gran desafío para las futuras generaciones de psiquiatras clínicos e investigadores básicos que deberán, en parte al menos, enfocar el tratamiento de los pacientes psiquiátricos mediante la terapia génica.

El tratamiento psiquiátrico actual tiene como objetivos el conseguir la reducción e idealmente la

<sup>1</sup> Una revisión más extensa de este tema puede encontrarse en un artículo publicado por el autor que corresponde a la siguiente cita: Carvajal C. Poor response to treatment: beyond medication. *Dialogues Clin Neurosci* 2004;6:93-103.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Santiago de Chile.

supresión de los síntomas del cuadro de estado, y la prevención de la aparición de nuevos episodios. El objetivo final es la remisión, en que se alcanza un estado asintomático que se caracteriza por una recuperación funcional completa en lo personal, familiar y social. Los psicofármacos han permitido cambiar la aproximación terapéutica desde un tratamiento moral y humanitario en el pasado hasta un tratamiento basado en el concepto biopsicosocial del enfermar como lo ha definido la Organización Mundial de la Salud.

Si bien los psicofármacos han modificado la evolución de los trastornos psiquiátricos, hay un grupo de pacientes que resultan resistentes o con respuestas parciales a los tratamientos, lo que los afecta no sólo a ellos sino también a la familia, a los profesionales que participan de su cuidado y a la sociedad entera. La falta de respuesta debe considerarse un problema multifactorial en que intervienen variables propias de la enfermedad, del paciente y factores psicosociales. Aunque parezca elemental, uno de los principales aspectos que se debe evaluar en un paciente que responde mal a la terapia es la forma cómo sigue su tratamiento.

Hay dos conceptos relacionados con la forma en que son llevados los tratamientos; uno es el cumplimiento (*compliance*) y el otro es la adherencia. Aunque para el cumplimiento existe una heterogeneidad de definiciones, lo central se refiere al grado en que los pacientes acatan las indicaciones entregadas por el médico (principalmente el número de pastillas diarias y en los horarios prescritos). Para muchos autores en el cumplimiento está implícita una conducta pasiva por parte del paciente. La adherencia, en cambio, traduciría una actitud activa del paciente hacia el tratamiento; aquí las creencias respecto a la enfermedad mental y hacia los psicofármacos son fundamentales para decidir voluntariamente la colaboración con el plan terapéutico (1, 2). Lo más frecuente en psiquiatría es que el paciente (de poder hacerlo por su sistema de atención en salud) seleccione a los terapeutas que comparten sus ideas, lo que debiera facilitar el seguimiento de las indicaciones. Sin embargo, en un grupo de pacientes con distimia y depresión menor en atención primaria no se encontró que sus creencias predijeran una mayor adherencia al tratamiento, e incluso se determinó que la mejor respuesta a los antidepresivos la tuvieron aquellos pacientes que no consideraban la depresión como una enfermedad biológica (3).

La falta de cumplimiento en los tratamientos autoadministrados es frecuente, especialmente cuando son a largo plazo, en que puede llegarse a un 50%. En el caso de un tratamiento antibiótico para una infección aguda el cumplimiento alcanza al 75% al inicio y se reduce al 25% al término de éste (4). Por otra parte, no

es infrecuente que se sobreestime el cumplimiento y la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes, y en consecuencia cuando hay una mala respuesta clínica estas variables se toman escasamente en cuenta como responsables de ese resultado (1).

La ineficacia de un fármaco o los efectos adversos pueden deberse a una sobre o subdosificación o bien a intervalos erráticos en la administración. Una falta de cumplimiento se asocia con una mala evolución clínica. La combinación ideal es tener un buen cumplimiento y alcanzar los objetivos del tratamiento; esta situación debiera generar un círculo virtuoso para mantener la terapia a largo plazo. En ocasiones el paciente tiene un buen cumplimiento; sin embargo, los objetivos del tratamiento se alcanzan parcialmente, lo que debe llevar a revisar el diagnóstico y/o el tratamiento. Un tema que debe generar mayor investigación es el umbral de cumplimiento para obtener una aceptable respuesta terapéutica.

En el cumplimiento influyen diversos factores; son dependientes del fármaco la tolerancia, la complejidad de la indicación, los efectos secundarios indeseables (neurológicos, endocrinos, anticolinérgicos, etc.) y el costo. De parte del paciente influyen los síntomas de la patología (especialmente síntomas psicóticos), la comorbilidad, la capacidad de *insight*, el grupo sociocultural al que pertenece y las creencias respecto a la utilidad de los tratamientos. Se debe procurar establecer una buena relación médico-paciente desde la primera entrevista; la exploración clínica general y psicopatológica entregará los elementos para una formulación diagnóstica y un plan terapéutico, y conjuntamente permitirá iniciar un proceso de psicoeducación, el cual reforzará la adherencia al tratamiento.

Un tema difícil de resolver es la medición del cumplimiento. Esta evaluación se puede realizar en forma directa midiendo el fármaco o algún metabolito en sangre, orina o saliva, especialmente cuando éstos tienen una vida media relativamente prolongada. La evaluación del incumplimiento se puede realizar en forma indirecta mediante el registro de la inasistencia a los controles programados, por una pobre respuesta terapéutica (cuando se utilizan dosis habituales del fármaco), por el relato del paciente, por la cuenta de las pastillas, por algunos efectos secundarios esperados (por ejemplo, boca seca por acción de anticolinérgicos) y por los registros de farmacia en el caso que el paciente retire la medicación en un mismo lugar.

Otro aspecto importante a considerar es que antes de poder medir el grado de cumplimiento debe tenerse en cuenta que, en un estudio realizado en población norteamericana se encontró que alrededor de un tercio

de los pacientes tenían limitado el acceso a un adecuado tratamiento farmacológico por factores económicos (5), cifra que sin duda es bastante más elevada en países más pobres; esto constituye una de las barreras más difíciles de sortear para poder entregar los tratamientos más convenientes a la mayor parte de los pacientes.

Hack y Chow encontraron que el cumplimiento del tratamiento fue menor en niños que en adultos y a su vez menor en pacientes psiquiátricos que en pacientes con patología médica, lo que les permitió inferir que los niños con trastornos psiquiátricos tendrían el mayor riesgo de un bajo cumplimiento (6).

La información que se puede obtener del paciente, de otros funcionarios de salud y/o de familiares permite tener datos subjetivos acerca del cumplimiento. En cambio, con un diseño tecnológico sofisticado se realizó un monitoreo electrónico de las dosis prescritas mediante frascos de fármacos con un dispositivo especial en la tapa que enviaba la información del momento de la apertura a un computador y permitió establecer con mayor precisión una asociación entre el número de dosis diarias y el cumplimiento (7). Para una dosis diaria hay un 79% de cumplimiento, para dos dosis un 69%, para tres dosis un 65% y para cuatro dosis un 51%. Las diferencias son significativas entre una y dos dosis diarias versus cuatro dosis, pero no entre una y dos dosis diarias, o entre tres y cuatro dosis diarias (8).

En las distintas especialidades médicas o quirúrgicas es fundamental la influencia que pueden ejercer los profesionales de la salud en la mejoría de la adherencia (9,10), lo que dependerá en gran medida de las habilidades de comunicación que posea el médico tratante para saber escuchar y responder adecuadamente al paciente (11). Los otros factores que pueden mejorar el cumplimiento incluyen la simplificación del plan terapéutico, el advertir y describir acerca de los posibles efectos secundarios de los fármacos, el promover un adecuado soporte social y el desarrollar programas psicoeducacionales. Un mayor nivel educacional del paciente también favorece un mejor cumplimiento terapéutico.

Para los fines de este artículo el incumplimiento y la falta de adherencia se emplearán como sinónimos y se revisará lo que ocurre en la esquizofrenia y en la depresión. Cobra especial importancia poder evaluar estas variables cuando no se obtiene una buena respuesta inicial y más aún cuando no se consigue la remisión de la enfermedad.

## ESQUIZOFRENIA

A pesar que el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia ha mejorado significativamente la evolución

de este trastorno, todavía los antipsicóticos se asocian con efectos indeseables que pueden afectar la calidad de vida, constituir un estigma social y traducirse en una mala adherencia al tratamiento.

Cualquier cuadro crónico como la esquizofrenia se acompañará de un alto porcentaje de incumplimiento. Aunque los neurolepticos clásicos han conseguido una significativa reducción en el porcentaje de recaídas, el incumplimiento puede alcanzar cifras entre el 11% y el 80% (12-14), por lo que resulta difícil evaluar la real eficacia de los fármacos como variable terapéutica única en esta enfermedad. La falta de cumplimiento en la esquizofrenia puede tener frecuencias similares a otras patologías crónicas como epilepsia, diabetes mellitus e hipertensión arterial (15). De los pacientes que se rehospitalizan en alrededor de dos tercios hay una mala adherencia (12). Un incumplimiento del tratamiento tiene una probabilidad 2,4 veces mayor de hospitalización (también de más días de duración) que una buena adherencia (16). Un 40% de los pacientes que recaen tiene una mala adherencia terapéutica (12).

Al evaluar posibles factores sociodemográficos y de la enfermedad que influyen en el incumplimiento Agarwal *et al.* encontraron que una menor edad, un curso episódico, un menor tiempo de evolución del cuadro, el haber presentado menos efectos indeseables, el tener una explicación incorrecta de los síntomas positivos y el haber tenido una actitud subjetiva más negativa hacia los medicamentos se relacionaron con un mayor incumplimiento (17). La subescala de los trastornos del pensamiento de la evaluación psicopatológica de la escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) y la subescala de efectos neurológicos de la escala de efectos indeseables UKU predijeron un 24% de la variación en la adherencia (18).

Para Linden *et al.* el concepto positivo de enfermedad, la evaluación global del funcionamiento y la impresión del médico acerca de la cooperación del paciente fueron factores que determinaron el 19% de la varianza en la adherencia en un estudio de seguimiento de dos años de 122 pacientes ambulatorios con esquizofrenia (19). En un grupo de 77 pacientes que estuvieron hospitalizados y recibieron clozapina, la evaluación al alta y tres meses después, determinó que la alianza terapéutica con el médico, los delirios de grandiosidad y la actitud positiva hacia los psicofármacos influyeron significativamente en el cumplimiento del tratamiento; en cambio, el adquirir el concepto de enfermedad mental, de su etiología y de su pronóstico no fueron determinantes en la adherencia (19).

En la fase inicial de estabilización de los síntomas, los pacientes con mejor adherencia utilizaron dosis más

altas de neurolépticos (20). Asimismo, un mejor rendimiento en pruebas de memoria (21), un menor déficit cognitivo (22) y el establecer un sistema de supervisión directa de la ingesta de la medicación (23) ayudan a un mejor cumplimiento del tratamiento. Una buena alianza terapéutica sería el mejor predictor de una adecuada adherencia (24). La clozapina al requerir de un período de controles con exámenes de sangre facilitaría una mejor alianza terapéutica (25). La comorbilidad con abuso de drogas aumenta el incumplimiento (26).

Se ha establecido una distinción entre el incumplimiento encubierto (producto de los efectos indeseables de los neurolépticos) y el incumplimiento abierto (dependiente de las características de la enfermedad) que resulta interesante para explorar los diversos factores que pueden influir en una mala adherencia (15).

La actitud de los pacientes hacia los efectos indeseables y los potenciales riesgos de los neurolépticos también influye en la adherencia (27). Los neurolépticos clásicos presentan con frecuencia síntomas extrapiramidales que afectan a los pacientes y resultan poco gratos para los familiares. Además pueden provocar aumento de peso (con mayor riesgo de diabetes mellitus e hiperlipidemia) que resulta muy mal tolerado (28), además de sedación, hiperprolactinemia, prolongación del intervalo QT y riesgo de arritmias. Los niños y adolescentes son más susceptibles a los síntomas extrapiramidales, al aumento de peso y a la hiperprolactinemia que causan los neurolépticos por una mayor densidad de receptores D2 en el cuerpo estriado durante ese período de la vida (29).

Si bien los neurolépticos atípicos presentan menos efectos adversos que los neurolépticos clásicos (especialmente síntomas extrapiramidales) (30) y muestran una adherencia moderadamente más alta que los neurolépticos convencionales (31), no debe desestimarse el incumplimiento encubierto y por lo tanto los esfuerzos para mejorar la adherencia deben centrarse en reducir al mínimo los efectos indeseables de los futuros neurolépticos. Hay que tener en cuenta que se están desarrollando formulaciones de depósito de los neurolépticos atípicos, como es el caso de la risperidona, al parecer con buenos resultados (32).

Por otra parte, el proveer un buen soporte social y la eventual administración de neurolépticos de depósito también serían estrategias interesantes de aplicar. Si bien se han descrito ventajas de los neurolépticos de depósito sobre los orales respecto a menores frecuencias de recaídas (33), el uso de estos fármacos es relativamente infrecuente. Valenstein *et al.* encontraron que el 18% de 1.307 veteranos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo utilizaron neurolépticos de

depósito, a pesar que el año previo se había detectado un 49% de incumplimiento del tratamiento; además hubo diferencias según el lugar donde se controlaban los pacientes y su procedencia étnica (34). También se ha encontrado una relación directa entre una mayor dosis de neuroléptico de depósito y un menor porcentaje de recaídas anuales (63% con 25 mg de haloperidol decanoato cada 4 semanas v/s 15% con 200 mg) (35). El riesgo de suspensión de neurolépticos es mayor en pacientes con síntomas positivos o sedación, pero también en aquellos con escasa sintomatología (36).

Los factores de riesgo que se han postulado para la mala adherencia en el tratamiento antipsicótico son: a) dependientes del neuroléptico: efectos indeseables, complejidad de la indicación, falta de eficacia clínica y vía oral de administración; b) dependientes del paciente: gravedad de la enfermedad, abuso de sustancias, edades extremas (jóvenes o viejos), creencias negativas respecto a los medicamentos y otros diagnósticos comórbidos; c) dependientes del médico: mala relación médico-paciente/equipo de salud, discrepancia entre los tratamientos propuestos por las guías clínicas y la práctica clínica, ausencia de un plan terapéutico bien estructurado e información insuficiente acerca de la enfermedad y su tratamiento, y d) dependientes del ambiente: información negativa de los medios de comunicación sobre la enfermedad y/o los tratamientos, pobre soporte familiar y social, mala situación económica y actitud negativa del personal o de los otros pacientes hacia la terapia (37).

En una revisión reciente de Thieda *et al.* se concluye que existe una relación directa entre un menor cumplimiento del tratamiento y un mayor costo económico de la esquizofrenia (38).

## ASPECTOS PSICOSOCIALES

Los aspectos psicosociales de la esquizofrenia cada día adquieren mayor importancia tanto en el desarrollo del cuadro como en el tratamiento. Ritsner *et al.* encontraron que el mayor impacto en la calidad de vida (20,9%) lo tenían los factores psicosociales, seguidos por la sintomatología y el estrés asociado (10,1%), y los efectos adversos (3,2%) (39). Han resultado interesantes los hallazgos de Sibitz *et al.* en familiares que cuidan pacientes esquizofrénicos que demuestran que si bien los hombres implican un mayor desgaste, las mujeres tienen menor adherencia al tratamiento farmacológico y cumplen menos con los tratamientos psicosociales (40). En el desarrollo de la enfermedad, junto con los factores neurobiológicos, se están tomando más en cuenta los factores de riesgo social, como el haber nacido o ha-



ber sido criado en una ciudad, el aislamiento social, la migración y el haber experimentado acontecimientos vitales significativos previo a la aparición de la psicosis (41).

Los objetivos del tratamiento de mantención son preservar la mejoría clínica obtenida durante la fase aguda, prevenir la exacerbación de los síntomas, continuar la reducción de los fenómenos psicopatológicos, reforzar el funcionamiento social y familiar, y finalmente mejorar la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. La farmacoterapia a largo plazo en combinación con tratamientos psicosociales puede resultar más eficaz que los fármacos administrados en forma aislada (42,43). Los tratamientos psicosociales están orientados a la prevención de recaídas, a la reducción del síndrome de la puerta giratoria (rehospitalizaciones) y a conseguir una mejor respuesta y remisión en los pacientes que responden escasamente a los fármacos. Los diversos tratamientos psicológicos aplicados a los pacientes esquizofrénicos provocan cambios lentos y graduales, deben adaptarse en forma individual, prepararse en conjunto con el paciente para definir los objetivos y así asegurar una mayor colaboración, y adecuarse a los déficits cognitivos (44).

Entre los tratamientos psicosociales que se han desarrollado en la esquizofrenia están: la psicoeducación familiar, el tratamiento individual (a corto plazo para reforzar el cumplimiento y a largo plazo para mejorar las estrategias de enfrentamiento) ("*coping*"), la psicoterapia cognitivo conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación vocacional y las estrategias compensatorias que buscan una modificación en el ambiente para una mejor adaptación cognitiva.

La psicoeducación familiar entrega los elementos suficientes para que la familia tenga un adecuado conocimiento acerca del diagnóstico, de los síntomas y de la fisiopatología de la esquizofrenia. Además se destaca el papel de los medicamentos y se hace hincapié en la evolución de la enfermedad. Los familiares son considerados como coterapeutas y a través de técnicas de comunicación se entrega apoyo, se busca solucionar los problemas y se analiza el manejo más adecuado de situaciones de crisis.

Una variable ampliamente estudiada ha sido el estrés que puede generar la familia en el contexto de la interacción emocional, lo que se ha denominado expresividad emocional. Este concepto se desarrolló a partir de la observación de pacientes que estuvieron hospitalizados y consiguieron una buena respuesta a los fármacos; sin embargo, al regresar a sus hogares recayeron en poco tiempo a pesar de mantener estable la medicación (45). Los factores comprometidos en la

expresividad emocional son la hostilidad, la presencia de comentarios críticos y el compromiso emocional excesivo de los familiares. Un alto índice de expresividad emocional se ha asociado con una mayor frecuencia de recaídas; en cambio, los pacientes con familiares con un bajo índice de expresividad emocional (más tolerantes y no invasores) han experimentado menos recaídas (46). Estudios posteriores han demostrado que la expresividad emocional no es exclusiva en descompensaciones de pacientes esquizofrénicos; también se puede presentar en otras patologías neuropsiquiátricas (47, 48), y tanto a nivel familiar como en otros ambientes terapéuticos (49). En algunas familias un entrenamiento en herramientas de comunicación podría beneficiar la evolución de pacientes esquizofrénicos (50).

Schooler *et al.* demostraron que la intervención familiar, independientemente de lo intensa que sea, tiene menos importancia que el tratamiento de mantención con neurolépticos para reducir el riesgo de recaídas (51). Aunque no se encontraron diferencias en el porcentaje de recaídas o rehospitalizaciones, el manejo exclusivo de la familia del paciente demostró más ventajas que los grupos de familiares en el funcionamiento social, en las dosis de neurolépticos, los delirios y los trastornos del pensamiento (52).

El tratamiento individual para aumentar la adherencia ha sido evaluado por Kemp *et al.* con resultados muy favorables al aplicar una entrevista motivadora con un enfoque cognitivo mediante 4 a 6 sesiones en pacientes hospitalizados, y sesiones de refuerzo a los 3, 6 y 12 meses post alta. A los 18 meses de seguimiento en el grupo intervenido se encontró una mejoría funcional superior al grupo control que sólo recibió consejos inespecíficos de apoyo (53).

La terapia personal tiene una primera fase que se focaliza en la relación entre el estrés y los síntomas; la segunda fase incluye entrenamiento en psicorrelajación y en técnicas de reestructuración cognitiva para enfrentarse a una situación de estrés, y la última fase se orienta al desarrollo de iniciativas vocacionales y sociales en la comunidad. Hogarty *et al.* encontraron que la terapia personal consiguió un buen ajuste social a largo plazo en alrededor del 60% de los pacientes (54).

La terapia cognitivo conductual se ha utilizado de preferencia para el manejo de síntomas psicóticos residuales. Mediante el refuerzo de las estrategias de adaptación (*coping*) se busca que el paciente se distraiga e ignore el contenido de algunos síntomas. Tarrier *et al.* estudiaron dos modalidades de intervención psicosocial durante tres meses y en un seguimiento a dos años encontraron que la terapia cognitiva conductual no se diferenció de una consejería de soporte para conseguir

cierta mejoría de síntomas esquizofrénicos resistentes a la medicación; sin embargo, el grupo que sólo tuvo cuidados de rutina empeoró durante el seguimiento (55). Hay numerosos estudios con este tipo de psicoterapia en esquizofrenia, pero todavía se requiere de mayor investigación para poder obtener conclusiones más definitivas.

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en la teoría del aprendizaje y presupone que el comportamiento social puede ser enseñado y aprendido. Determinados comportamientos sociales se descomponen en sus elementos constitutivos, los que se modelan y se refuerzan a través de retroalimentación.

Smith *et al.* entrenaron a un grupo de pacientes hospitalizados y los evaluaron a las dos semanas del alta, encontrando que el 70% se había adaptado a las exigencias de la vida comunitaria, lo que se asociaba con las habilidades alcanzadas previo al alta y no con los síntomas (56).

En pacientes estabilizados con flufenazina, Marder *et al.* demostraron que el entrenamiento en habilidades sociales fue superior a la terapia de apoyo grupal en un seguimiento a 18 meses al mejorar algunos ítem de la escala de ajuste social (57).

La rehabilitación vocacional evalúa las habilidades y potencialidades del paciente para un trabajo competitivo, con una colocación en el medio laboral, en una actividad acorde a cada paciente y con incentivos sociales y económicos. Menos de un 20% de los pacientes esquizofrénicos tiene un trabajo competitivo (58). Bell *et al.* estudiaron a pacientes que fueron ubicados en un trabajo por seis meses y los que recibieron salario trabajaron más horas, redujeron más sus síntomas, tuvieron menos rehospitalizaciones y participaron más en actividades laborales que aquellos que no recibieron salario en un seguimiento a cinco meses (59). La familia puede ser de gran utilidad cuando facilita la búsqueda de trabajo (60).

## DEPRESIÓN

Actualmente los objetivos del tratamiento de la depresión son reducir y eliminar los signos y síntomas depresivos, recuperar el funcionamiento laboral y psicosocial, y alcanzar y mantener la remisión total de los síntomas (61). Para conseguir estos objetivos el tratamiento se estructura en una fase aguda, seguida de una de continuación y finalmente una de mantención. En la fase aguda se tiene la mayor probabilidad de alcanzar la remisión completa de los síntomas, por lo que se deben extremar los esfuerzos por escoger el antidepresivo de mayor potencial terapéutico, en

dosis óptimas y con los menores efectos secundarios indeseables; de ser necesario se emplearán estrategias de combinación o de potenciación. Después de la fase aguda de 6 a 8 semanas el 25% a 35% de los pacientes alcanza la remisión (62). Cuando no se obtiene la remisión completa o se discontinúa el tratamiento se incrementa el riesgo de recaídas y recurrencias. Se ha insistido en la conveniencia de mantener los antidepresivos en la dosis que fue inicialmente eficaz por alrededor de un año, y para muchos pacientes por tiempo más prolongado para alcanzar una mejor evolución (63).

En un estudio naturalístico se encontró que después de un año de haber terminado un tratamiento controlado con fluoxetina durante 62 semanas el 47% de los pacientes tuvo reaparición de síntomas y éstos se asociaron principalmente con factores psicosociales (estrés personal, mala adaptación conyugal y decisión personal de discontinuar los antidepresivos) (64).

Muchos pacientes cuyos síntomas no remiten completamente son considerados resistentes al tratamiento, pero estrictamente se trata de una pseudoresistencia que puede deberse más bien a una dosis insuficiente o a un tiempo breve de uso de los antidepresivos, a una pobre adherencia o a la evolución clínica (65).

La depresión es una enfermedad de difícil tratamiento debido a su naturaleza misma, a factores que influyen en las indicaciones y en el tratamiento adecuado (como la baja adherencia y dosis subóptimas), a la comorbilidad y a la falta de eficacia del tratamiento (66). Una parte importante del enorme costo personal, social y económico que acompaña a la depresión se debe al deterioro del funcionamiento social, el que en general ha sido subestimado. Debe tenerse en cuenta que hay diferencias entre los diversos tratamientos para conseguir progresos en el funcionamiento social, y a su vez una mejoría sintomática no asegura un mejor funcionamiento social (67).

En los últimos años el arsenal de antidepresivos se ha incrementado significativamente y los nuevos fármacos ofrecen una eficacia comparable con los antiguos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa, pero con menos efectos indeseables. A pesar que ha existido una mayor divulgación a través de los medios del diagnóstico y tratamiento de la depresión, la falta de adherencia a la terapia sigue constituyendo un importante problema.

Son escasos los trabajos que exploran los factores asociados con el incumplimiento del tratamiento en los trastornos afectivos, y la estimación de falta de adherencia en pacientes unipolares y bipolares tiene un rango entre 10% y 60% (68, 69).

Al estudiar la adherencia mediante autorreportes, los pacientes tienden a sobrestimar su cumplimiento y esto es aun más acentuado en pacientes de mayor edad (70).

Las creencias del paciente acerca de la enfermedad que lo llevan a discontinuar el tratamiento, los efectos secundarios indeseables, la ineficacia del tratamiento y factores culturales influyen en el incumplimiento (71). En adolescentes que recibían imipramina se determinó que el trastorno oposicionista desafiante y las dificultades en el funcionamiento familiar afectaban la adherencia al fármaco y no los efectos secundarios indeseables (72).

El tiempo de latencia del inicio de la acción y la mala tolerancia a los antidepresivos influyen en el incumplimiento (73). A su vez el estilo de comunicación inicial del médico ha resultado determinante en las creencias del paciente respecto a la utilidad de los antidepresivos (74). Como factores de predicción de adherencia se ha encontrado que las actitudes y creencias hacia la enfermedad y el tratamiento son tan importantes como los efectos secundarios indeseables de los fármacos (68, 69).

Los ISRS presentan un menor número de abandono del tratamiento que los tricíclicos clásicos y modernos, pero esta ventaja es pequeña y se basa en ensayos controlados, aleatorizados y de corta duración, por lo que no puede generalizarse a la práctica clínica la mayor adherencia a los ISRS (75). Entre los ISRS la fluoxetina tuvo un mejor patrón de uso en un estudio de seguimiento de 2 años al compararla con sertralina y paroxetina, lo que fue consistente con las guías clínicas (76). Un hallazgo curioso fue la baja adherencia a nefazodona encontrada en un grupo de pacientes hispanicos durante un tratamiento agudo por 8 semanas, en que a pesar de un 63% de respondedores, el 42% abandonó el tratamiento antes de terminarlo (77). El empleo de nefazodona en este grupo étnico pondría en riesgo la eficacia de la terapia, considerando además que no hubo diferencias para los efectos secundarios indeseables.

Respecto a los predictores de respuesta terapéutica en la depresión los estudios han obtenido resultados dispares. El sexo no sería un buen predictor de evolución en un tratamiento de mantención con fluoxetina (78), ni tampoco en un tratamiento de potenciación con litio en pacientes resistentes a tricíclicos (79); en cambio, los hombres responden mejor a tricíclicos (80) y las mujeres a IMAOs (81) y a ISRS (80). Si bien Quitkin *et al.* no encontraron diferencias por sexo para tricíclicos ni fluoxetina, las mujeres tuvieron una respuesta supe-

rior con IMAOs, pero sin relevancia clínica (82). La edad tampoco serviría para predecir evolución (78, 79), aunque Tuma observó que los pacientes de más de 65 años que se hospitalizaron para el tratamiento tuvieron peor pronóstico que los de menor edad en un seguimiento a 4,5 años especialmente por problemas de salud, demencia y muerte (83).

Los beneficios en el funcionamiento psicosocial que pueden obtenerse con la mantención del tratamiento antidepresivo se han demostrado en los estudios de seguimiento, destacándose que los mayores progresos se alcanzan en la fase aguda de la terapia (84), aunque la mejoría del funcionamiento psicosocial es más lenta que el cambio en los síntomas depresivos (85). El presentar más problemas con actividades de la vida diaria (84) y el carecer de un buen soporte social (86-88) se asocia con un peor pronóstico. A su vez, un nivel socioeconómico más alto favorece una mejor evolución (89); en cambio, un bajo nivel se asocia con la persistencia de síntomas (90).

Sirey *et al.* evaluaron la adherencia al tratamiento agudo y determinaron que los pacientes con un mejor cumplimiento tenían una percepción más débil del estigma de la depresión, una mayor puntuación autoevaluada de la gravedad del cuadro, eran mayores de 60 años y no tenían patología de la personalidad (91).

El trabajo ha sido un área de importante investigación en relación con la depresión. Los resultados del estudio GAZEL en que se evaluaron 10.519 sujetos que trabajaban en la Compañía Nacional Francesa de Gas y Electricidad en un periodo de 3 años demostraron que las altas exigencias laborales y el pobre soporte social eran buenos predictores de síntomas depresivos, independientemente de las características de personalidad (92).

Entre las medidas y programas que se han desarrollado para mejorar la adherencia a los tratamientos antidepresivos debe destacarse la colaboración de los farmacéuticos como "coterapeutas" para reforzar la actitud del paciente hacia los fármacos (93, 94). Asimismo, han resultado útiles los consejos telefónicos y el monitoreo de fármacos especialmente al inicio del tratamiento en atención primaria (95), como también el correo educativo que se complementa con consejos telefónicos (96), estrategias que cada día están siendo más frecuentes por parte de la empresa farmacéutica.

Por otra parte, cuando los psiquiatras tratan pacientes depresivos con los antidepresivos más modernos consiguen mejor adherencia a más largo plazo y con dosis más apropiadas que los tratamientos indicados por médicos de atención primaria (97).

## CONCLUSIONES

Más allá de la correcta elección de un psicofármaco, el clínico debe tener presente que la eficacia terapéutica que éste pueda tener estará en estrecha relación con la adherencia que tenga el paciente. Para conseguir este objetivo, un elemento central, del cual el médico es responsable, es la calidad de la comunicación que pueda establecer con el paciente para así, a través de la psicoeducación, entregar los mejores argumentos que ayuden a crear una conciencia de enfermedad y conseguir una actitud activa de parte del paciente para llevar adelante el tratamiento. Frente a tratamientos prolongados es fundamental que en un primer momento el paciente experimente los beneficios del fármaco para así aceptar mantener la medicación a largo plazo, a pesar de los diversos aspectos negativos que pueden dificultar el cumplimiento de las indicaciones. Lo ideal es contar con un fármaco que pueda darse en la menor dosis posible para que los efectos secundarios indeseables sean lo menos frecuentes, su administración sea con el menor número de unidades por día y se administren de preferencia en una sola toma diaria y así alcanzar la remisión de los síntomas y la mejor calidad de vida posible. De este modo se entiende el desafío que implican estos objetivos para los clínicos, que no deben descuidar este aspecto en cada control médico, y también para la empresa farmacéutica respecto a la incorporación de nuevos fármacos con menos efectos indeseables y de más fácil administración. La participación de la familia y los programas de refuerzo a través de llamadas telefónicas o contactos por correo (por papel o vía electrónica) constituyen otras formas de apoyo para mejorar la adherencia.

## REFERENCIAS

- Fleischhacker WW, Meise U, Günter V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89 (Suppl 382): 115-155.
- Mann NC. Improving adherence behaviour with treatment regimens. Behavioural science learning modules. Ginebra, Division of Mental Health, World Health Organization, 1993.
- Sullivan MD, Katon WJ, Russo JE, et al. Patient beliefs predict response to paroxetine among primary care patients with dysthymia and minor depression. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:22-31.
- Stephenson BJ, Rowe BH, Haynes B, Macharia WM, Leon G. Is this patient taking the treatment as prescribed? *JAMA* 1993;269:2779-81.
- West JC, Pingitore D, Zarin DA. Characteristics of psychiatric patients for whom financial considerations affect optimal treatment provision. *Psychiatr Serv* 2002;53:1626-9.
- Hack S, Chow B. Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001;11:59-67.
- Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, Scheyer RD, Ouellette VL. How often is medication taken as prescribed? *JAMA* 1989;261:3273-7.
- Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23:1296-310.
- Zrinyi M. The influence of staff-patient interactions on adherence behaviours. *EDTNA ERCA J* 2001;26:13-6.
- Pumilia CV. Psychological impact of the physician-patient relationship on compliance: a case study and clinical strategies. *Prog Transplant* 2002;12:10-6.
- DiBartola LM. Listening to patients and responding with care: a model for teaching communication skills. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27 :315-23.
- Misdráhi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutic considerations and research implications. *Encephale* 2002 ;28 :266-72.
- Wright EC. Non-compliance or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993;342:909-13.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.
- Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-51.
- Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, et al. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 2002 ;40 :630-9.
- Agarwal MR, Sharma VK, Kishore Kumar KV, Lowe D. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. *Int J Soc Psychiatry* 1998;44:92-106.
- García I, Sánchez EI, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chavez M. Factors related to treatment adherence in schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:211-6.
- Holzinger A, Löffler W, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:597-603.
- Linden M, Godemann F, Gaebel W, et al. A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophr Bull* 2001;27:585-96.
- Donohoe G, Owens N, O'Donnell C, et al. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. *Eur Psychiatry* 2001;16:293-8.
- Patterson TL, Lacro J, McKibbin CL, Moscona S, Hugs T, Jeste DV. Medication management ability assessment: results from a performance-based measure in older outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:11-9.
- Grunebaum MF, Weiden PJ, Olfson M. Medication supervision and adherence of persons with psychotic disorders in residential treatment settings: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:394-9.
- Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Huppert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2002;28:341-9.
- Marder SR. Facilitating compliance with antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl 3): 21-5.
- Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1996;47:853-8.

27. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 1999;60 (Suppl 21): 25-30.
28. Buis W. Patient's opinions concerning side effects of depot neuroleptics. *Am J Psychiatry* 1992;149:844-5.
29. Lewis R. Typical and atypical antipsychotics in adolescent schizophrenia: efficacy, tolerability, and differential sensitivity to extrapyramidal symptoms. *Can J Psychiatry* 1998;43:596-604.
30. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs* 2002;16:473-84.
31. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002;159:103-8.
32. Kane JM, Eerdekens M, Lindenmayer JP, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2003;160:1125-32.
33. Hogarty GE, Schooler NR, Ulrich R, *et al.* Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients: relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1283-94.
34. Valenstein M, Copeland LA, Owen R, Blow FC, Visnic S. Adherence assessments and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001;62:545-51.
35. Kane JM, Davis JM, Schooler NR, Marder SR, Brauzer B, Casey DE. A one-year comparison of four dosages of haloperidol decanoate. *Schizophr Res* 1993;9:239-40.
36. Hofer A, Kemmler G, Eder U, Honeder M, Hummer M, Fleischhacker WW. Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002;63:49-53.
37. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2000 (Suppl);102:83-6.
38. Thieda P, Beard S, Richter A, Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54:508-16.
39. Ritsner M, Ponizovsky A, Endicott J, *et al.* The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12:31-8.
40. Sibitz I, Amering M, Kramer B, Griengl H, Katschnig H. The course of illness and problems of schizophrenic women and men from the relatives' perspective. *Psychiatr Prax* 2002;29:148-53.
41. Bramon E, Murray RM. A plausible model of schizophrenia must incorporate psychological and social, as well as neurodevelopmental risk factors. *Dialogues Clin Neurosci* 2001;3:243-56.
42. Valencia M, Ortega HA, Rascon ML, Gómez L. Evaluation of the combination of psychosocial and pharmacological treatment in schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30:358-69.
43. Borrowclough C, Haddock G, Tarrrier N, *et al.* Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1706-13.
44. Bellack AS. Psychosocial treatment in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2001;3:136-7.
45. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Hum Relations* 1966;2(Suppl):10-5.
46. Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976;129:125-37.
47. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.
48. Cortes-Padilla MT, Rascon-Gasca ML. Psychosocial factors associated with hospital readmission of patients with organic psychoses. *Salud Publica Mex* 2001;43:529-36.
49. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, *et al.* Expressed emotion by residential care operators and the residents' symptoms and quality of life. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:1141-3.
50. Bellack AS, Haas GL, Schooler NR, Flory JD. Effects of behavioural family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:434-9.
51. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, *et al.* Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;154:453-63.
52. Montero I, Asencio A, Hernández I, *et al.* Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001;27:661-70.
53. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-9.
54. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, *et al.* Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family: II. Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1514-24.
55. Tarrrier N, Kinney C, McCarthy E, *et al.* Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:917-22.
56. Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, *et al.* Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatr Serv* 1996;47:1099-103.
57. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, *et al.* Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:1585-92.
58. Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:645-56.
59. Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:51-67.
60. Gaal E, Van Weeghel J, Van Campen M, Linszen D. The trainee project: family-aided vocational rehabilitation of young people with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26:101-5.
61. Paykel ES. Achieving gains beyond response. *Acta Psychiatr Scand* 2002 (Suppl);415:12-7.
62. Thase ME. The clinical, psychosocial, and pharmacoeconomic ramifications of remission. *Am J Manag Care* 2001;7 (Suppl 11):S377-85.
63. Kennedy S, McIntyre R, Fallu A, Lam R. Pharmacotherapy to sustain the fully remitted state. *J Psychiatry Neurosci* 2002;27:269-80.
64. Reimherr FW, Strong RE, Marchant BK, Hedges DW, Wender PH. Factors affecting return of symptoms 1 year after treatment in a 62-week controlled study of fluoxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl 22):16-23.
65. Sackeim HA. The definition and meaning of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl);16:10-7.
66. Rusch AJ, Thase ME, Dube S. Research issues in the study of difficult-to-treat depression. *Biol Psychiatry* 2003;53:743-53.
67. Hirschfeld RM, Montgomery SA, Keller MB, *et al.* Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2000;61:268-75.
68. Lingman R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:161-3.
69. Scott J. Using health belief models to understand the efficacy-effectiveness gap for mood stabilizer treatments. *Neuropsychobiology* 2002;46 (Suppl 1):13-5.

70. Maidment R, Livingston G, Katona C. Just keep taking the tablets: adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:752-7.
71. Delgado P. Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment. *J Clin Psychiatry* 2000;61 (Suppl 2):6-9.
72. Bernstein GA, Anderson LK, Hektner JM, Realmuto GM. Imipramine compliance in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:284-91.
73. Keller MB, Hirschfeld RM, Demyttenaere K, Baldwin DS. Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:265-71.
74. Butman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Educ Couns* 2000;40:173-85.
75. Barbui C, Hotopf M, Freemantle N, *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic and heterocyclic antidepressants: comparison of drug adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002791.
76. Crown WH, Treglia M, Meneades L, White A. Long-term costs of treatment for depression: impact of drug selection and guideline adherence. *Value Health* 2001;4:295-307.
77. Sánchez-Lacay JA, Lewis-Fernández R, Gotees D, *et al.* Open trial of nefazodone among Hispanics with major depression: efficacy, tolerability, and adherence issues. *Depress Anxiety* 2001;13:118-24.
78. McGrath PJ, Stewart JW, Petkova E, *et al.* Predictors of relapse during fluoxetine continuation or maintenance treatment of major depression. *J Clin Psychiatry* 2000;61:518-24.
79. Bschor T, Canata B, Muller-Oerlinghausen B, *et al.* Predictors of response to lithium augmentation in tricyclic antidepressant-resistant depression. *J Affect Disord* 2001;64:261-5.
80. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl 5): 12-8.
81. Davidson J, Pelton S. Forms of atypical depression and their response to antidepressant drugs. *Psychiatry Res* 1986;17:87-95.
82. Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ, *et al.* Are there differences between women's and men's antidepressant responses? *Am J Psychiatry* 2002;159:1848-54.
83. Tuma TA. Outcome of hospital-treated depression at 4.5 years. *Br J Psychiatry* 2000;176:224-8.
84. Kocsis JH, Schatzberg A, Rush AJ, *et al.* Psychosocial outcomes following long-term, double-blind treatment of chronic depression with sertraline vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:723-8.
85. Hirschfeld RM, Dunner DL, Keitner G, *et al.* Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol Psychiatry* 2002;51:123-33.
86. Bosworth HB, Hays JC, George LK, Steffens DC. Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:238-46.
87. Bosworth HB, McQuoid DR, George LK, Steffens DC. Time-to-remission from geriatric depression: psychosocial and clinical factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:551-9.
88. Ezquiaga E, García A, Pallares T, Bravo MF. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *J Affect Disord* 1999;52:209-16.
89. Bielski RJ, Friedel RO. Prediction of tricyclic antidepressant response: a critical review. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1479-89.
90. Ostler K, Thompson C, Kinmonth A-LK, *et al.* Influence of socioeconomic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire depression Project. *Br J Psychiatry* 2001;178:12-7.
91. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. *Psychiatr Serv* 2001;52:1615-20.
92. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. *Br J Psychiatry* 2002;181:111-7.
93. Brook O, Van Hout H, Nieuwenhuysen H, Heerdink E. Impact of coaching by community pharmacists on drug attitude of depressive primary care patients and acceptability to patients; a randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13:1-9.
94. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of pharmacist monitoring on patient satisfaction with antidepressant medication therapy. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2002;42:36-43.
95. Tutty S, Simon G, Ludman E. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study. *Eff Clin Pract* 2000;3:170-8.
96. Aubert RE, Fulop G, Xia F, Thiel M, Maldonato D, Woo C. Evaluation of a depression health management program to improve outcomes in first or recurrent episode depression. *Am J Manag Care* 2003;9:374-80.
97. Simon GE, Von Korff M, Wagner EH, Barlow W. Patterns of antidepressant use in community practice. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:399-408.

## DEBATE

# ¿LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SON ENFERMEDADES MENTALES?<sup>1</sup>

(Rev GU 2005; 1:47-51)

Félix Bacigalupo<sup>2</sup>

### ANTECEDENTES LEGALES

Los psiquiatras en general son ambivalentes con respecto a considerar los trastornos de personalidad como enfermedades mentales. Hasta hace poco tiempo no había una razón desde el punto de vista práctico para resolver este asunto, pero la situación cambió en 1999 cuando el gobierno del Reino Unido intentó introducir la legislación para personas con "Trastorno de personalidad peligroso severo", cuya detención era potencialmente indefinida, independientemente del hecho de haber cometido un crimen. Algunas de estas personas, casi todos hombres, podrían ser detenidos en prisión y otros en hospitales de alta seguridad. Sin embargo, la Convención Europea de Derechos Humanos prohíbe la detención de cualquiera que no ha sido juzgado por un corte competente a menos que sean insanos mentales, alcohólicos, drogadictos o vagabundos o que su detención sea para prevenir la diseminación de enfermedades infecciosas. Esto significa que, para proveer una justicia adecuada, el gobierno debe argumentar que los hombres potencialmente peligrosos que desea encarcelar son insanos mentales, y esto manteniendo que tienen trastorno de personalidad, y que los trastornos de personalidad son trastornos mentales.

La legislación inglesa actual, que data de 1983, distingue entre enfermedad mental y trastorno psicopáti-

co, pero el gobierno intenta abandonar el concepto de trastorno psicopático e introducir una nueva y amplia definición de trastorno mental que incluya cualquier discapacidad o trastorno de la mente o el cerebro, es decir, a los trastornos de personalidad así como a las enfermedades mentales.

### IMPLICANCIAS DEL TÉRMINO "TRASTORNO DE PERSONALIDAD"

El término "psicopático" fue acuñado por el psiquiatra alemán Koch en 1891, quien postuló que incluso en los casos más graves las irregularidades no calificaban para trastorno mental. Lo que Koch entendía por trastorno mental, sin embargo, estaba restringido a la insanidad y a la idiocia, y su concepto de "inferioridades psicopáticas" incluía muchas enfermedades mentales no-psicóticas así como lo que actualmente llamamos trastorno de personalidad o psicopatía. Posteriormente, Kurt Schneider postuló que los trastornos de personalidad eran simples "variaciones anormales de la vida psíquica", y por lo tanto de poca importancia para los psiquiatras, una visión que sigue influyendo a la psiquiatría alemana actual.

Muchos psiquiatras británicos contemporáneos no consideran los trastornos de personalidad como enfermedades. En un estudio publicado por Lewis y

<sup>1</sup> Resumen y comentario al artículo *The distinction between personality disorder and mental illness*. *British Journal of Psychiatry* (2002), 180: 110-115, de RE Kendell.

<sup>2</sup> Universidad de Los Andes.

Appleby en 1988 se observó que los intentos de suicidio realizados por pacientes con diagnóstico previo de trastorno de personalidad, comúnmente se atribuían a manipulación más que a una enfermedad, y que a los pacientes generalmente se les consideraba como irritantes, buscadores de atención, difíciles de manejar y poco adherentes a indicaciones y tratamiento.

Los trastornos de personalidad son descritos en la clasificación CIE-10 como formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el individuo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o a lo menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. (Organización Mundial de la Salud, 1992). Se distinguen de las enfermedades mentales por su duración, potencialmente para toda la vida, y por el supuesto de que representan extremos de la variabilidad normal más que un proceso mórbido de algún tipo. Independientemente de que estos supuestos sean aceptados, hay un amplio acuerdo en que los trastornos de personalidad son importantes para los psiquiatras porque tienen un fuerte impacto en la práctica clínica. Las personas con trastornos de personalidad tienen un mayor riesgo de presentar enfermedades mentales, incluyendo trastornos depresivos y ansiosos, suicidio y parasuicidio, y abuso o dependencia de alcohol y otras drogas. Además, las personas con personalidad esquizotípica tienen mayor riesgo de presentar esquizofrenia y los con personalidad anancástica, mayor riesgo de trastorno obsesivo-compulsivo. La presencia de un trastorno de personalidad también complica el tratamiento de la mayoría de las otras enfermedades mentales, porque los individuos no forman relaciones estables con sus terapeutas o tienen dificultades para tomar los medicamentos prescritos. Finalmente, con o sin tratamiento, el pronóstico de la mayoría de los trastornos mentales se empeora con la coexistencia de un trastorno de personalidad.

Si no se considera a los trastornos de personalidad como enfermedades mentales, tomando en cuenta la gran relevancia que tienen para la práctica psiquiátrica, la alternativa sería considerarlos como factores de riesgo y de complicación de un amplio espectro de trastornos mentales, de un modo similar a como la obesidad es factor de riesgo para enfermedades como diabetes, infarto agudo al miocardio, cáncer de mama, litiasis biliar y osteoartritis, y complica el manejo de una gran variedad de otras patologías. La obesidad es con-

siderada como enfermedad en la clasificación CIE-10: está codificado E66 como una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica (Organización Mundial de la Salud, 1992). Sin embargo, muchos médicos se resisten a tratar la obesidad, ya sea porque la consideran como un resultado de "autoindulgencia" más que una anomalía metabólica, o simplemente porque no tienen un tratamiento efectivo para ofrecerles.

Siguiendo las propuestas legislativas del gobierno británico se postula que es muy importante para los psiquiatras, legisladores y juristas decidir si los trastornos de personalidad son enfermedades o trastornos mentales. Desafortunadamente no hay una definición médica acordada para estos términos. La Organización Mundial de la Salud ha evitado definir "patología", "enfermedad", "trastorno", y la clasificación CIE-10 de trastornos mentales y de la conducta (que incluye los trastornos de personalidad), simplemente propone que el término trastorno es usado a través de la clasificación para evitar mayores problemas inherentes al uso de términos como patología o enfermedad. Trastorno no es un término exacto, pero es usado para mostrar la existencia de un conjunto de síntomas o conductas reconocibles clínicamente, asociadas en la mayoría de los casos a sufrimiento e interferencia con el funcionamiento personal (Organización Mundial de la Salud, 1992). La edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), que también incluye a los trastornos de personalidad, tiene una definición detallada de "trastorno mental", aunque ésta no permite discriminar si algo es trastorno mental o no. Es importante destacar que el DSM-IV estipula que ni las conductas desviadas ni los conflictos que son primariamente entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales a menos que la desviación o conflicto sea un síntoma de una disfunción en el individuo, ésta es una declaración equívoca similar a la de CIE-10.

En general, no hay una gran diferencia entre las llamadas enfermedades o trastornos mentales y las enfermedades o trastornos físicos. Esto implica que lo básico es el significado de los términos "enfermedad" y "trastorno" en general. Incluso en este amplio contexto no hay acuerdo, y hasta hace poco, una sorprendente escasa discusión.

## DEFINICIONES DE ENFERMEDAD Y TRASTORNO

Es discutible si los términos patología, enfermedad o trastorno son del ámbito científico o biomédico, o incluso socio-político, caso en el que se incluiría un juicio de valor. Los médicos han mantenido, o simplemente asu-



mido, que éstos son términos biomédicos, mientras los filósofos y científicos políticos han argumentado que son socio-políticos. King postuló que las ciencias biológicas no intentan distinguir entre salud y enfermedad, estos conceptos serían juicios de valor. Bourse propone que la enfermedad, como concepto teórico, se aplica a los organismos de todas las especies. De este modo, debe ser analizado en términos biológicos más que desde el punto de vista ético. Kendell postula que enfermedad es un concepto biomédico que incluye un juicio de valor.

## ESTADO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La cuestión sobre si los trastornos de personalidad son trastornos mentales no puede discutirse hasta que se llegue a un acuerdo sobre las implicancias del término "trastorno mental", y hasta el momento hay al menos cuatro conceptos diferentes de enfermedad o trastorno, los que se presentan a continuación.

## SOCIO-POLÍTICO

Desde este punto de vista, enfermedad correspondería a una condición no deseable (un juicio de valor explícito), y que sería manejada por los médicos (o profesionales de la salud en general) cuyas técnicas las tratarían mejor que cualquier otra alternativa, como el sistema de justicia criminal (tratándolo como un crimen), la iglesia (tratándolo como pecado), o trabajo social (tratándolo como un problema social).

Hay acuerdo general en que las conductas características de las personas con trastorno de personalidad son no deseables, tanto desde el punto de vista de la sociedad como desde los mismos individuos involucrados. No es del todo claro si la psiquiatría o la psicología pueden ofrecer un tratamiento efectivo para los trastornos de personalidad. Hay evidencia que demuestra que las personas con personalidad limítrofe o borderline pueden ser ayudadas ya sea con terapia dialéctica conductual (Linehan, 1991) o con un régimen de hospitalización diurna de orientación psicoanalítica (Bateman y Fonagy, 1999), pero hay poca evidencia para los otros tipos de trastornos de personalidad. Por otro lado, en el caso de las personas con trastorno de personalidad antisocial, la mayoría son "manejados" en el sistema de justicia criminal más que en el sistema de salud.

## BIOMÉDICO

El criterio de enfermedad más plausible desde el punto de vista biomédico es el de "desventaja biológica" propuesto por Scadding (1967), que luego Kendell y Bourse

(1975) plantearon como reducción de la fertilidad y de la expectativa de vida. Se sabe poco sobre la fertilidad de las personas con trastorno de personalidad, pero hay mucha evidencia que indica que tienen expectativas de vida reducida. Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienen mayor índice de mortalidad, principalmente por suicidio, homicidio y accidentes.

## BIOMÉDICO Y SOCIOPOLÍTICO

Wakefield plantea que los trastornos mentales son disfunciones biológicas que a la vez son dañinas. Esto significa que el concepto de trastorno mental inevitablemente involucra tanto un criterio científico o biomédico (disfunción), como un criterio socio-político (daño), que la OMS define como "handicap". Wakefield originalmente propuso que "disfunción" debía implicar la falla de un mecanismo biológico para ejercer una función para la que fue diseñada por la evolución. Pero es perfectamente posible definir disfunción sin referirse a la evolución o a la desventaja biológica; la definición de trastorno mental del DSM-IV mantiene que "debe ser considerada una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica". El problema es que la actual comprensión de los mecanismos cerebrales que subyacen las funciones psíquicas básicas como percepción, pensamiento abstracto y memoria es muy limitado como para poder hacer algo más que suponer la presencia de una disfunción biológica; y si negamos los criterios evolucionista y de desventaja biológica se podría considerar una serie de alteraciones sociales (como conducta agresiva o poco cooperadora, o una incapacidad para resistirse a hacer incendios o robar) como trastornos mentales.

La evidencia de que los trastornos de personalidad son dañinos es muy fuerte y no se limita a poblaciones clínicas. En general, las personas afectadas tienen peor salud mental, menor desarrollo y satisfacción ocupacional, y pobre competencia social. Por otro lado, se podría afirmar que la impulsividad y el mayor riesgo de dependencia de sustancias y alcohol, frecuentes en personas con trastorno de personalidad antisocial, serían evidencia de una disfunción subyacente, pero en ausencia de una comprensión de los mecanismos cerebrales involucrados el argumento permanece inconcluso.

## APARENTE

Lilienfeld y Marino (1995) postulan que el concepto de trastorno mental es aparente, e implica que el término sólo puede ser entendido considerando los prototipos de trastorno mental.

Si este argumento es aceptado es imposible determinar si los trastornos de personalidad son trastornos mentales, pues trastorno mental es algo inherentemente indefinible. El único criterio es que los trastornos de personalidad son suficientemente similares a los prototipos de trastorno mental (como esquizofrenia y depresión mayor), y la similitud está abierta a muchas interpretaciones. Es importante destacar que tanto la Organización Mundial de la Salud como la Asociación Americana de Psiquiatría incluyen a los trastornos de personalidad dentro de sus clasificaciones de los trastornos mentales.

## DISCUSIÓN

Parece claro que es difícil decidir si los trastornos de personalidad son trastornos mentales, y esto seguirá así hasta que no haya un acuerdo en la definición de trastorno mental. También es evidente que los trastornos de personalidad son conceptualmente heterogéneos, que la información sobre ellos es limitada y que el conocimiento existente deriva de poblaciones clínicas poco representativas. Por otro lado, se sabe poco sobre los mecanismos cerebrales involucrados en la personalidad. Además, son necesarios más estudios de seguimiento a largo plazo.

## ARGUMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

Se puede argumentar que los trastornos de personalidad son trastornos mentales sobre la base de que su alta mortalidad constituye una desventaja biológica. Sin embargo, aparte del trastorno de personalidad antisocial, la reducción en la expectativa de vida es poco significativa. Por otro lado, si se toma en cuenta el concepto de disfunción, como una definición general de trastorno mental, el asunto quedaría sin resolver por algún tiempo, puesto que aún no se conocen los mecanismos cerebrales que subyacen a las características de la personalidad como empatía, control de impulsos y estabilidad emocional. De todas formas, hay evidencia de que una baja actividad serotoninérgica mediaría la impulsividad y la conducta agresiva.

Así como es difícil dar argumentos irrefutables para decir que los trastornos de personalidad son trastornos mentales, es igualmente complicado argumentar con convicción que no lo son. El hecho de que estén incluidos en las dos más influyentes y conocidas clasificaciones de trastornos mentales (CIE y DSM) desde hace medio siglo no se puede pasar por alto.

## HIPÓTESIS SOBRE LA ETIOLOGÍA Y EL CURSO TEMPORAL

Los trastornos de personalidad se podrían asumir como parte de un espectro normal de variaciones de personalidad y de ser estables a través de la vida adulta. Las enfermedades mentales se podrían considerar como resultado de un proceso mórbido de algún tipo y de tener un inicio y curso temporal reconocibles. Pero estos supuestos son cuestionables. Algunas personas con esquizofrenia tienen el mismo curso temporal que los con trastorno de personalidad, ambos cuadros tienen inicio en la adolescencia y persisten sin cambios durante la vida adulta. Además, está cada vez más claro que hay una base genética común entre los trastornos de personalidad afectivos y los trastornos afectivos y entre el trastorno de personalidad esquizotípico y la esquizofrenia. Como resultado de esto, el trastorno afectivo de la personalidad del CIE-9 fue reemplazado por dos trastornos del ánimo: la ciclotimia y la distimia en el CIE-10, "por evidencia de estudios familiares de que están relacionados genéticamente a los trastornos del ánimo, y porque responden a los mismos tratamientos". Por la misma razón, el trastorno esquizotípico, que es considerado un trastorno de personalidad en el DSM-IV, está clasificado junto a la esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes (F20 a 29) en el CIE-10 a pesar de que "su evolución y curso son usualmente los de un trastorno de personalidad" (Organización Mundial de la Salud, 1992). Más desconcertante aún, es que el trastorno de personalidad evitativo comparte tantas cosas con la enfermedad mental conocida como fobia social generalizada que se sospecha que "podrían ser conceptos alternativos de similares o incluso las mismas condiciones" (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). De este modo, no es sorprendente que muchos psiquiatras se cuestionen el valor de la distinción entre eje I y eje II del DSM-IV.

## LA INFLUENCIA DE TERAPIAS EFECTIVAS

Otro aspecto que se debe considerar es la influencia en la actitud médica de la existencia de terapias aparentemente efectivas. Por mucho tiempo el alcoholismo no fue considerado una patología, y sólo en las décadas de 1940 y 1950, cuando se descubrieron los efectos del disulfiram, los médicos comenzaron a cambiar de parecer. Actualmente, es evidente que el disulfiram no es una terapia tan efectiva, pero en aquellos años se reportó con entusiasmo la curación de pacientes en varios países, y fue basándose en estas publicaciones que la Organización Mundial de la Salud decidió incluir al alcoholismo,

diferenciándolo de la psicosis o de la intoxicación aguda por alcohol, en la clasificación CIE.

La existencia de tratamientos efectivos puede producir cambios decisivos en la mentalidad médica. Actualmente, ni la obesidad ni los trastornos de personalidad son considerados verdaderas enfermedades por los médicos británicos, pero a medida que vayan apareciendo fármacos efectivos para tratar la obesidad, ésta será aceptada como un trastorno metabólico y lo mismo podría ocurrir con los trastornos de personalidad. De hecho, esto ocurre actualmente con el trastorno de personalidad "borderline", en que las conductas autodestructivas son modificables con algunas formas de psicoterapia (Linehan, Bateman y Fonagy). También hay evidencia que demuestra que la fluoxetina reduce la irritabilidad y agresividad en personas con diversos trastornos de personalidad.

Por otro lado, si se encontrara alguna terapia efectiva para las personas con trastorno de personalidad antisocial, la oposición a considerar esta condición como una enfermedad probablemente desaparecería.

## FACTORES ECONÓMICOS Y CULTURALES

Finalmente, es necesario considerar la influencia del "setting" en el que la atención psiquiátrica es administrada, los factores culturales y económicos regionales. De este modo, vemos cómo en Gran Bretaña los pacientes considerados en Estados Unidos como con trastorno de personalidad "borderline" son considerados como personas con depresión recurrente. Esto también explicaría la resistencia a que los psiquiatras británicos consideren los trastornos de personalidad como enfermedades mentales.

## REFERENCIAS

- Pilgrim D. Disordered personalities and disordered concepts. *J Mental Health* 2001; 10,3: 253-265.
- Wachbroit R. Normality as a biological concept. *Philosophy of Science* 1994; 61: 579-591.
- Millon T. Clinical Syndromes and Personality Disorders. *Harvard Mental Health Letter* 1999; 15: 9.

## INVESTIGACIÓN

# ¿QUÉ DURACIÓN TIENE UNA PSICOTERAPIA?<sup>1</sup>

(Rev GU 2005; 1:52-57)

H. Kächele<sup>2</sup>

**Es verdad que la duración de un tratamiento psicoterapéutico se ve favorecida por las reglamentaciones de las instituciones sociales (v.gr. la compañías de seguro), pero éstas no lo determinan. Un análisis estadístico de una gran muestra (n=1689) de pacientes tratados en un servicio universitario de psicoterapia ambulatoria demostró que existe una relación entre el número de horas (o bien de meses) de tratamiento y el porcentaje de tratamientos concluidos, la cual determina una curva ascendente de desaceleración continua. Estos resultados son discutidos desde la perspectiva de gran alcance que ofrece la relación dosis-efecto.**

El carácter de proceso interaccional de un tratamiento psicoterapéutico implica claramente que el curso y el resultado de una psicoterapia se deben entender como consecuencia de procesos sociales de negociación. La complejidad de estos procesos se hace cada vez más visible, lo que resulta claro en el modelo genérico de la psicoterapia esbozado por Orlinsky y Howard (1986) teniendo como base aproximadamente 1.100 resultados individuales. Un modelo tal ilustra las variables que operan entre sí conforme a su valor funcional, recogidas en las investigaciones empíricas realizadas hasta la fecha.

Las condiciones que permiten que la influencia esperada pueda hacerse realidad se procuran a través de las reglas que el terapeuta le propone al paciente lo cual representa el encuadre de tratamiento. En el con-

trato terapéutico se debe llegar a un consenso acerca de estas condiciones. Las circunstancias sociales del encuadre actúan directamente sobre la conformación de este contrato, así como resulta inmediatamente obvio en los convenios que las cajas de seguro hacen con las asociaciones médicas para la realización de psicoterapia.

El tiempo y el lugar pertenecen a las condiciones que ambas partes deben poner a disponibilidad para que tenga lugar la entrevista terapéutica. Cuánto tiempo es empleado en los tratamientos psicoterapéuticos depende de la experiencia clínica y del modo de trabajo del terapeuta en cuestión. A la pregunta, “¿Cuánto tiempo dura una psicoterapia analítica?” dio Schultz-Henke en su “Texto de la Psicoterapia Analítica” la siguiente respuesta lacónica: “entre cuatro

<sup>1</sup> Traducido del alemán por Juan Carlos Belalcázar

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. H. Kächele Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm Am Hochsträß 8 89081 Ulm. e-mail: kaechele@sip.medizin.uni-ulm.de

horas y cuatro años (Schultz-Henke 1951, pg 309). Parece ser, pues, una simplificación excesiva hablar generalizando de la duración de una psicoterapia ya que las indicaciones se hacen en diferentes modalidades terapéuticas.

En los países de habla alemana se han presentado hasta la fecha sólo pocas investigaciones sistemáticas que se hayan realizado con base en muestras clínicas de gran tamaño provenientes de diferentes 'settings' terapéuticos.

Uno de los pocos estudios pertinentes y exhaustivos, se realizó en la Clínica Psicosomática de Heidelberg a lo largo de los años 1950-59 y fue publicado por De Boor y Künzler (1963). Si se calculan sus datos a lo largo del tiempo como un valor acumulado, se obtienen las siguientes cifras para la proporción porcentual de tratamientos concluidos (Fig. 1).

Si se examinan detalladamente los datos publicados, salta a la vista que 27% de los pacientes fueron tratados durante 1-29 sesiones en el primer período de cinco años (1950-1954) y que esta cifra desciende a un 7% durante el segundo quinquenio.

Hasta hace poco se informó acerca de "las características temporales de la psicoterapia analítica en el contexto de la asistencia que ofrece el seguro médico" (Flügel 1989). La muestra allí descrita (n=1142) proviene de los informes que fueron examinados por un perito psicoanalista (cuya labor es aprobar o no las solicitudes para que los costos de determinada cantidad de sesiones sea cubierta por la caja del seguro de salud- N. del T.). En este estudio se trata exclusivamente de pacientes con una caja de salud asimilada a la oficial, lo que podría menoscabar considerablemente la

representatividad de las conclusiones. Además sólo se ofrecen datos acerca de las horas solicitadas y aprobadas, pero no aquellos acerca de la duración real de los tratamientos.

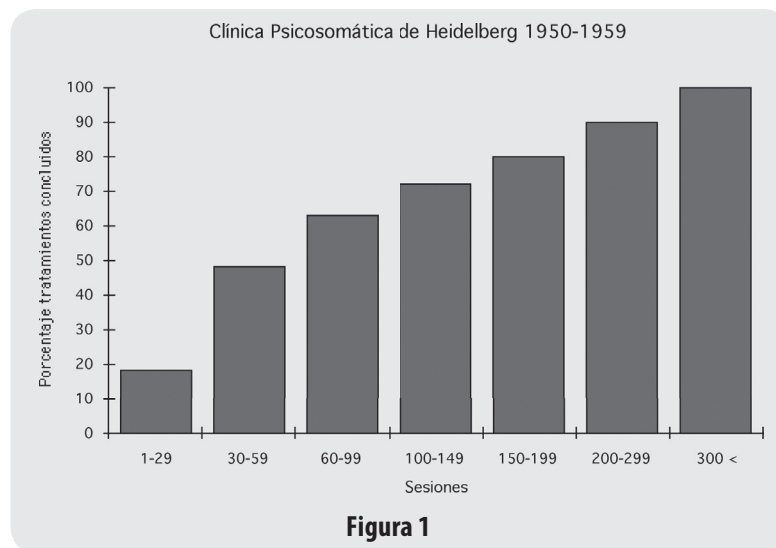
Los datos de nuestras investigaciones se obtuvieron a lo largo de un lapso considerable de tiempo (1973-1987) por medio de un sistema de documentación computarizado (Kächele *et al.* 1983) a partir de los tratamientos (n=1689) llevados a cabo en un servicio ambulatorio de psicoterapia.

La distribución por clase social de los pacientes tratados se desvía sólo un poco de las características sociales de los pacientes registrados para una primera entrevista. A su vez, éstas son en gran parte representativas de las características de la población de la ciudad de Ulm y sus alrededores.

Un servicio de psicoterapia ambulatorio tiene tanto una labor asistencial como la función de posibilitar la especialización y la investigación. De ahí que se ofrezca un espectro amplio de modalidades terapéuticas, como se puede apreciar en la Tabla 1.

La psicoterapia psicoanalítica breve y la terapia de apoyo de orientación analítica dominan cuantitativamente. La psicoterapia psicoanalítica de alta frecuencia alcanza sólo una pequeña proporción de las indicaciones en un servicio ambulatorio psicoanalítico con un cometido clínico asistencial, lo que para un terapeuta involucrado no es sorpresivo, sino el resultado de la experiencia de que los medios y los fines en psicoterapia deben ser sopesados cuidadosamente.

Pacientes y terapeutas se plantean en una forma distinta la cuestión acerca de la duración de las modalidades terapéuticas aquí mencionadas. El lapso de



**Tabla 1**  
MODALIDADES TERAPÉUTICAS EN EL  
SERVICIO AMBULATORIO DE PSICOTERAPIA

Consejería	13,0%
Psicoterapia breve	22,1%
Psicoterapia analítica	12,0%
Psicoanálisis	3,9%
Terapia de Pareja	7,9%
Terapia de Familia	2,5%
Terapia del Comportamiento	5,9%
Terapia de Apoyo	17,8%
Terapia de grupo	7,8%
Trabajo en grupo	2,1%
Entrenamiento autógeno	5,0%

tiempo en el cual el contacto terapéutico tiene lugar es probablemente más importante para el paciente que la modalidad terapéutica o que la cantidad de sesiones. Por lo tanto, está justificado presentar un gráfico en el cual no se atiende a la modalidad terapéutica y la duración se consigne en meses.

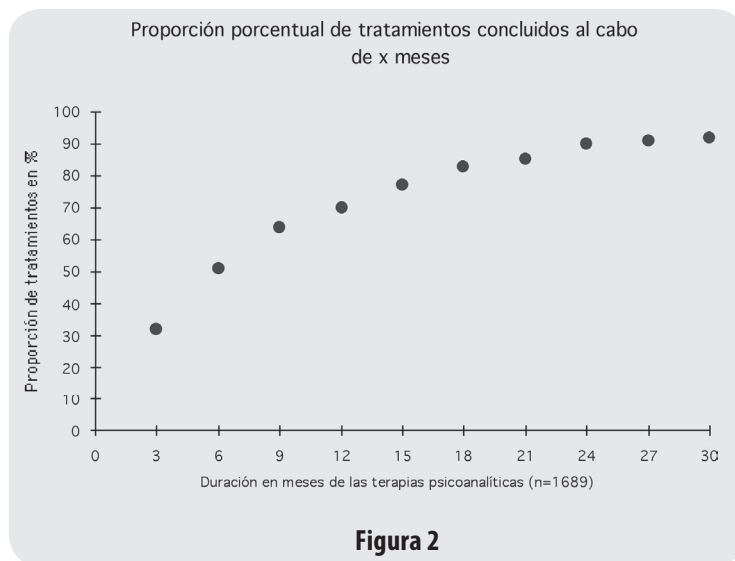
Si para el total de la muestra (n=1689 pacientes) se registra en un diagrama la relación entre duración (en meses) y el valor acumulado de tratamientos concluidos, se obtiene una curva que asciende en forma homogénea y que paulatinamente se aplana (Fig. 2). A los tres meses, un poco más del treinta por ciento de los pacientes terminan el contacto terapéutico. En este punto se trata principalmente de consejerías

y psicoterapias muy breves las que se realizan inmediatamente y en conexión con una primera entrevista. Naturalmente está también aquí incluido el grupo de los que prematuramente terminan un tratamiento concebido originalmente como de larga duración. Según nuestros documentos, el tamaño de este grupo lo podríamos estimar en un 10 a 12%. Después de seis meses se terminan 50% de los tratamientos y luego de un año 70%. La cifra se eleva casi a un poco más de 90% al cabo de dos años.

En las discusiones clínicas domina frecuentemente una distinción entre terapia breve y terapia de larga duración. En oposición a esto se encuentra empíricamente en esta gran muestra una transición continua que va de las intervenciones cortas a las de larga duración.

Una apreciación global que capte el trabajo terapéutico en horas es relevante desde el punto de vista del terapeuta y también de la institución. En lugar de dar una media ficticia es apropiado fijar también aquí, para qué porcentaje de los pacientes fueron utilizadas qué cantidad de sesiones.

Después de diez sesiones terminan 35% de los tratamientos, los cuales corresponden a intervenciones en crisis o también a tratamientos concebidos originalmente como de larga duración y suspendidos prematuramente. Al cabo de veinte sesiones concluyen más de la mitad de los tratamientos iniciados. Al cabo de cuarenta sesiones terminan 70% de los tratamientos y al cabo de sesenta, 82% de los pacientes no está ya en tratamiento. La curva de distribución se aplana posteriormente en forma significativa y muestra un crecimiento mínimo, cuyo techo es alcan-



zados por aquellos pacientes quienes según los datos estadísticos de Ulm, buscan alcanzar su objetivo de tratamiento por medio de un psicoanálisis de varios años de duración.

Estas cifras pueden aclarar cómo la duración del tratamiento es una dimensión muy variable que influye en la asistencia psicoterapéutica en un servicio ambulatorio, lo que se diferencia de la situación en los consultorios privados de psicoterapia.

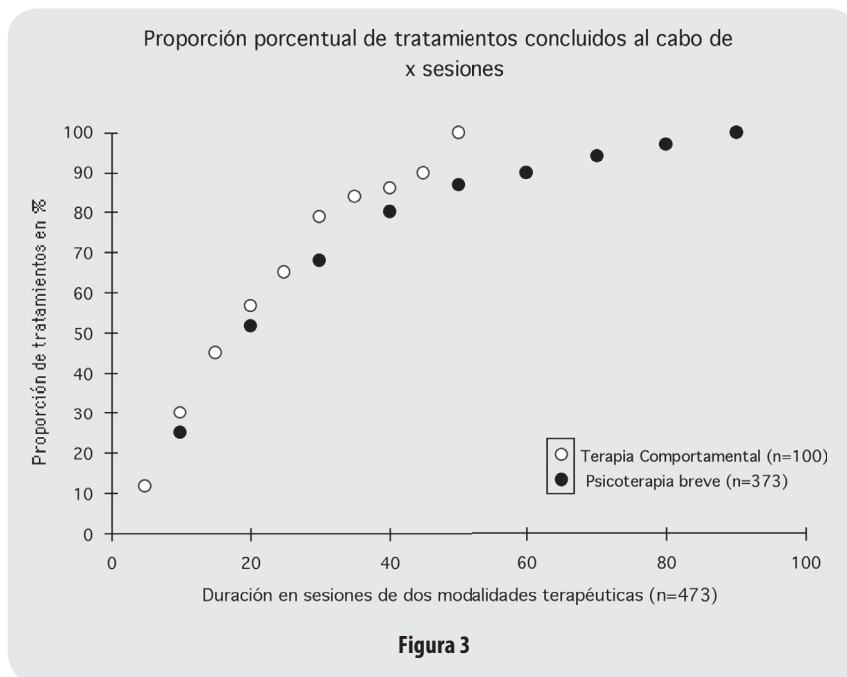
La caracterización de lo que se invierte en el tratamiento (*Behandlungsaufwand*) de una gran muestra clínica de pacientes como ésta, puede satisfacer a los planificadores quienes contratan las proyecciones para la dotación de personal en servicios ambulatorios de psicoterapia. Desde el punto de vista clínico es más significativo hasta qué punto concuerdan los conceptos acerca de las diferentes modalidades terapéuticas con los datos que se pueden extraer de la experiencia. Por lo tanto, en lo que sigue se caracterizarán las diferentes modalidades terapéuticas con relación a su duración.

El siguiente diagrama (Fig. 3) muestra la curva ascendente de las psicoterapias breves concluidas, cuya duración establecida internamente por nosotros no debe sobrepasar las 50 horas, comparada con la curva de la terapia comportamental, la cual no representa una modalidad terapéutica psicodinámica pero está justifi-

cada psicodinámicamente en el proceso de decisiones de nuestro servicio. Las dos modalidades terapéuticas efectúan lo que cada una pretende, es decir, son tratamientos diseñados como intervención breve. Sin embargo, hay que señalar aquí que el 20% de los pacientes en terapia comportamental sobrepasa el límite de las modalidades terapéuticas breves.

La psicoterapia analítica realizada con una frecuencia de dos sesiones por semana está, luego de las primeras 80 sesiones solicitadas al seguro, concluida en más de 60% de los casos, resultado éste que a nosotros mismos nos ha sorprendido. Suponemos en una gran parte de este grupo cambios en los objetivos terapéuticos y de este modo, cambios en el plan de tratamiento. La interrupción del contacto terapéutico iniciada por parte del paciente también alcanza en este grupo una cifra que no es superior al 10%. La terapia de apoyo, llevada a cabo casi exclusivamente por trabajadores sociales con entrenamiento psicodinámico, no dura más de 40 sesiones para aproximadamente 80% de los pacientes; el resto de ellos recibe un apoyo que se extiende por más de un año.

La función de una sencilla recolección descriptiva de datos acerca de la actividad psicoterapéutica como ésta radica ante todo en la retroalimentación de cada uno de los terapeutas y de la institución: un vistazo tal promueve nuestro conocimiento acerca de la forma y



el modo en que las diferentes posibilidades terapéuticas del equipo son proporcionadas a los pacientes. En una especialidad en que la mitificación se ve favorecida debido a la naturaleza en extremo privada del procedimiento, un estudio tal tiene un carácter esclarecedor tanto para el individuo como para el grupo. La pregunta sobre la inversión de tiempo en psicoterapia es además de gran interés general. Igualmente un estudio como éste, hecho a partir de una gran muestra, abarca también las posibilidades de la investigación futura, por lo cual Klaus Grawe lo calificaría como perteneciente a 'la fase de descripción botánica' (*botanischerphase*). Una de las preguntas sería hasta qué punto la distinción de uso corriente entre modalidades terapéuticas breves y de larga duración corresponden al material estadístico en cuestión. Si los datos muestran una transición continua ¿con qué criterios establecemos un límite? Nuestros datos muestran que sería relevante hablar de terapias de mediana duración, las que se podrían localizar entre 40 y 80 sesiones o las que tendrían una duración entre 12 y 24 meses. Los datos también sugieren discutir con mayor intensidad acerca de la relación entre la duración de una psicoterapia en términos de tiempo y la duración en términos del número de sesiones.

Es naturalmente fácil señalar los límites de una descripción como la anterior. No responde a la pregunta inmediata, ¿y cómo se relaciona la duración de un tratamiento y el éxito terapéutico? De la literatura disponible, la cual ha sido resumida por Orlinsky y Howard (1986) se puede concluir que la mayoría de los estudios pertinentes muestran que más tiempo de tratamiento es mejor que menos tiempo. Además, los estudios favorecen actualmente a lo largo y ancho de las modalidades terapéuticas, la importancia del número de sesiones sobre el tiempo transcurrido. En lo que concierne a la psicoterapia psicoanalítica de larga duración, Kordy *et al.* (1988) pudieron demostrar que en tres grupos, "menos de año y medio, hasta tres años y más de tres años", existe una relación lineal entre duración y éxito terapéutico válida para diferentes criterios de éxito. Así como en la recopilación de Howard y Orlinsky (1986), en este estudio se muestra cómo los efectos a juicio del experto, medidos por ejemplo por medio de escalas de metas alcanzadas, son más convincentes que aquellos a juicio del paciente. Uno podría afirmar que los pacientes se satisfacen con menos, resultado que nosotros también encontramos en un estudio retrospectivo (Kächele *et al.* 1985): los pacientes en psicoterapia breve mostraron en la mitad del tratamiento el mismo grado de satisfacción que

pacientes luego de terapias de mayor duración, pero al mismo tiempo expresaron en forma más pronunciada el deseo de continuar en tratamiento.

Estos resultados concuerdan con el modelo de dosis-efecto de la acción psicoterapéutica que Howard *et al.* (1986) esbozaron con base en extensos meta-análisis. A partir de la medición de la mejoría de 2.431 pacientes hecha a lo largo de diferentes puntos en el tratamiento, por medio de juicios de expertos y autoevaluaciones, se estableció que la mejoría es una función lineal del logaritmo del número de sesiones. En otras palabras, la mejoría es relativamente mayor en las primeras sesiones que en las siguientes y crece en forma cada vez más lenta a medida que aumenta el número de sesiones.

Este hecho se puede emplear, a mi entender, para la comprensión del curso logarítmico observado por nosotros, de la curva de los porcentajes de tratamientos terminados. Para todas las modalidades terapéuticas y en una amplia área intermedia observamos una relación lineal entre el logaritmo del número de sesiones y el porcentaje de tratamientos concluidos. Uno puede suponer que la ley del "course of diminishing return" está activa aquí en una forma sutil. La mayor parte de los tratamientos se concluyen de común acuerdo. Interrupciones del tratamiento son más bien raras, pero encontramos probablemente adaptaciones de los objetivos iniciales a dimensiones realistas como consecuencia del proceso terapéutico. En las modalidades de tratamiento concebidas desde un comienzo como breves, es de suponer que la mejoría del estado de salud se relacione con los efectos inespecíficos del apoyo proporcionado. Entre más se incluyan los problemas más graves del paciente en el trabajo terapéutico, más se enlentece el proceso terapéutico debido a la naturaleza misma de la cuestión, lo que conduce, se quiera o no, a una discusión entre paciente y terapeuta sobre el objetivo del tratamiento. Ésta se puede caracterizar con el concepto clave de la indicación adaptativa en el proceso. La indicación inicial que recomienda una forma intensiva de tratamiento implica a la vez el pronóstico condicionado de que el cambio sólo se logrará en forma dispendiosa. Este estado de cosas se relaciona con la situación clínica; la indicación diferencial de una de las diferentes modalidades terapéuticas debe guiarse conforme a la siguiente regla: tanto como sea necesario y tan poco como sea posible con el fin de que se cumpla con la responsabilidad social de hacer aprovechable, en lo posible para muchos pacientes, una oferta limitada de capacidad terapéutica.



## REFERENCIAS

- Boor C de, Künzler E. *Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten*. Klett, Stuttgart, 1963.
- Flügel N. Zeitliche Merkmale analytischer Psychotherapie in der kasernenärztlichen Versorgung. *Psychother Psychol Med* 1989; 39: 11-17.
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 1986; 41: 159-164.
- Kächele H, Hohage R, Mergenthaler E. Therapie-orientierte Dokumentation in einer psychotherapeutischen Ambulanz- Funktion und Implikation. *Psychother Med Psychol* 1983; 33: 142-146.
- Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I. Psychotherapie im Rückblick- Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 1985; 30: 309-317.
- Kordy H. Time and its relevance for a succesful psychotherapy. *Psychother Psychosom* 1988; 49: 212-222
- Orlinsky D, Howard KI. Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, 1986.
- Schultz-Hencke H. *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 1951.

## INVESTIGACIÓN

# MALESTAR PSÍQUICO EN UN GRUPO DE PILOTOS DE AERONAVES<sup>1</sup>

(Rev GU 2005; 1: 58-63)

Rosemarie Fritsch<sup>2</sup>, María Isabel González<sup>3</sup> y María Graciela Rojas<sup>2</sup>

Los trastornos mentales comunes son de alta prevalencia en la población general y éstos tienen un impacto psicosocial creciente. Existe escasa literatura sobre la salud mental de los pilotos y no hay estudios al respecto en Chile. El presente estudio tiene por objetivo determinar la presencia de síntomas emocionales en pilotos de aeronaves comerciales en Chile y determinar posibles factores de riesgo. Se realizó un estudio transversal en el cual se invitó a participar a 359 pilotos comerciales con licencia vigente. Se aplicó el cuestionario de Goldberg (GHQ12) y un cuestionario para variables sociodemográficas y de trabajo. La muestra correspondió a 141 pilotos (39,3%), todos hombres. 75,2% tenía menos de 51 años, 78,7% vivía en pareja; se consideraron otras variables tales como: tipo de contrato, puesto, tipo de renta, tipo de avión, horas de vuelo, husos horario y ciclos de vuelo. El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico STATA 7.0. El 32,2% de la muestra presentó un GHQ positivo. De las variables independientes y controlado por todas las variables estudiadas, se asociaron en forma significativa a una mayor prevalencia de síntomas emocionales: el tipo de contrato y las horas de vuelo totales. Se discuten las limitaciones e importancia del presente estudio y el desarrollo de nuevas investigaciones en este campo.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos son altamente prevalentes en la población general, constituyendo éstos un gran problema de salud pública tanto en los países de-

sarrollados como en los subdesarrollados. Afectan especialmente a las mujeres y a las personas de estratos socioeconómicos más bajos (1-4).

Estudios llevados a cabo en Estados Unidos informan que un 19% de la población adulta ha presentado

<sup>1</sup> Este trabajo fue llevado a cabo en el marco del Diplomado de Bioestadística de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Universidad de Chile, Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte

<sup>3</sup> Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile, Departamento de Salud

algún desorden mental en los últimos seis meses (5). En Chile, Vicente *et al.* encontraron una prevalencia semestral de patología psiquiátrica de 23,99% en la población general de Santiago, cifra mayor a la encontrada en otros países y similar a la de otras ciudades del país estudiadas por los mismos autores (6). Araya *et al.* informaron una prevalencia actual de 26,7% de cualquier trastorno psiquiátrico CIE-10 en la población adulta del Gran Santiago –Estudio de Salud Mental en el Gran Santiago (4).

Los trastornos mentales comunes son responsables de importantes costos indirectos para la sociedad, ya sea porque disminuyen la productividad de las personas o porque inciden en las ausencias laborales. Broadhead y colaboradores informaron que las personas depresivas tienen un riesgo 4,8 veces mayor de tener licencias médicas que las personas asintomáticas (7). Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos encontró que por cada 100 trabajadores se pierden mensualmente 6 días por licencias médicas y 31 por disminución de la productividad debido a problemas de salud mental (8).

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que, para el año 2020, la enfermedad depresiva será la segunda causa de años de vida perdidos por razones de salud a nivel mundial (9). Por su parte el Ministerio de Salud de Chile logró determinar que, en las mujeres, la enfermedad depresiva es ya la segunda causa de pérdida de años de vida ajustado por discapacidad, sólo superada por las enfermedades congénitas (10).

Especial atención merecen algunos grupos de personas, que debido a su actividad laboral presentan mayor riesgo de presentar trastornos mentales. Dentro de ellos se encuentran los pilotos de aeronaves, personal que trabaja en servicios de urgencia y policías. De acuerdo a los registros de las aseguradoras británicas de licencias de tripulación los trastornos psiquiátricos es la segunda causa ‘grounding’ permanente o pérdida de la licencia precedida sólo por los trastornos cardiovasculares (11).

Se han publicado algunos datos sobre suicidios de pilotos de aviación general. Ungs informó el año 1994 sobre 9 accidentes aéreos ocurridos en el período 1979-1989 que podían ser atribuidos a suicidios de los pilotos (12). Estudios realizados por la NTSB (National Transportation Safety Board) de Estados Unidos han identificado importantes factores adversos en la mayoría de los pilotos, incluida la depresión o eventos vitales negativos. Por otra parte Cullen (13) revisó 415 accidentes aéreos en el Reino Unido, pudiendo atribuir 3 de ellos categóricamente a suicidio de los pilotos y 7 sospechosos. Se identificaron como factores causales problemas

psiquiátricos, inestabilidad familiar y abuso de alcohol. En Alemania Maeulen informó que aproximadamente un 2 a 3% de los accidentes fatales en aviación se pueden atribuir a suicidio (14).

No existen estudios que describan la prevalencia de los trastornos mentales o estudios de tamizaje para trastornos mentales en los pilotos de aeronaves, a pesar de las graves consecuencias que pudieran tener. Se hace necesario investigar la presencia de síntomas emocionales –ante los cuales hay un mayor riesgo de presentar trastornos mentales– en pilotos comerciales con el objeto de poder estimar la magnitud del problema y elaborar estrategias específicas de detección y tratamiento.

## OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son determinar la presencia de síntomas emocionales o malestar psíquico en pilotos de aeronaves comerciales en Chile y determinar posibles factores de riesgo.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal que utilizó como marco muestral pilotos comerciales chilenos agrupados en una entidad no gremial, todos con licencia vigente de pilotos comerciales.

Se utilizó un cuestionario que constaba de preguntas sociodemográficas (grupo etario, estado civil), de condiciones generales y específicas sobre características laborales (tipo de contrato, tipo de remuneración, horas de vuelo totales, tipo de aeronave, tipo de cabina, puesto que desempeña, horas de vuelo en último mes, promedio de ciclos<sup>3</sup> por período de servicio<sup>4</sup>, husos horarios que atraviesa en los vuelos).

Para evaluar la salud mental se utilizó el Cuestionario de Salud de Goldberg de 12 preguntas (GHQ12). Se trata de un instrumento breve, autoaplicado, que sirve para medir malestar psíquico. Ha sido validado y usado en nuestro país en investigaciones anteriores llevadas a cabo en la atención primaria, describiéndose una sensibilidad del 76%, especificidad del 73%, lo que le otorga una razón de verosimilitud positiva de 2.82, una razón de verosimilitud negativa de 0.33, y un error en la clasificación del 26%. (15). Es decir, un GHQ-12 positivo es

<sup>3</sup> Se define como un despegue más un aterrizaje

<sup>4</sup> Se define como una jornada laboral, que en el caso de los pilotos es variable

**Tabla 1**  
DISTRIBUCIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE TRABAJO  
EN LA MUESTRA

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	<31 años	8	5.7
	31-50 años	106	75.2
	>50 años	27	19.1
Estado civil	Con pareja	111	78.7
	Soltero	15	10.6
	Separado/viudo	15	10.6
Tipo contrato	Indefinido	130	92.2
	otros	11	7.8
Renta	Fija	116	82.3
	Variable/sin	25	17.8
Tipo aeronave	Turbina	136	96.5
	Otra	5	3.5
Tipo cabina	Glass	116	82.3
	Convencional	25	17.7
Puesto que desempeña	Comandante	113	80.1
	Primer oficial	28	19.9
Husos horarios	1-2	89	63.1
	3-6	33	23.4
	7 o más	19	13.5
Horas de vuelo en el último mes	<40 hrs.	18	12.8
	41-80 hrs.	91	64.5
	>80 hrs.	32	22.7
Horas totales de vuelo	Hasta 2000 hrs.	3	2.1
	2001-6000 hrs.	21	14.9
	Más de 6000 hrs.	117	83.0
Promedio de ciclos por vuelo	1-4	85	60.2
	>4	56	39.7

2.82 veces más probable en una persona con un trastorno mental.

Se hizo un llamado abierto a 359 pilotos, luego de un programa de sensibilización respecto a los problemas de salud mental, a responder el cuestionario. Las encuestas fueron respondidas en forma voluntaria y anónima entre septiembre y noviembre del 2003, asegurándose la completa reserva de los datos recogidos.

Los datos fueron ingresados y procesados a través del programa estadístico STATA 7.0. Se realizó estadística descriptiva de las diferentes variables y posteriormente se procedió a correlacionarlas con la presencia de trastorno mental, calculando los coeficientes de disparidad para cada una de las categorías de las variables (edad, estado civil, tipo de contrato, tipo de remunera-

ción, horas de vuelo totales, tipo de aeronave, tipo de cabina, puesto, horas de vuelo último mes, promedio de ciclo, husos horarios).

Posteriormente se realizó una regresión logística, incluyendo en el modelo todas las variables estudiadas en relación a la presencia de trastorno mental

## RESULTADOS

De los 359 individuos, 141 respondieron el cuestionario (39,3%). El 40,4% lo hizo vía correo electrónico y el 59,6% lo hizo en papel a través de un buzón sellado.

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo constituida exclusivamente por varones. La gran mayoría (75,2%) tenía menos de 51 años, y vivía en pareja (78,7%). La proporción de solteros y separados fue muy similar, alcanzando entre ambos grupos alrededor de 20%. Muy pocos no contaban con un contrato, puesto que el 95% tiene contrato indefinido o a plazo fijo. El 82,3 % tiene una renta fija y sólo el 4,3% no tiene remuneración ni contrato. La gran mayoría de los encuestados pilotea un avión a turbina (96,5%), vuela una cabina glass (82,3%), y se desempeña como comandante (80,1%). El 63,1% atraviesa 1 a 2 husos horarios en sus vuelos y el 24,1% atraviesa 5 ó más. El 90,8% ha volado entre 20 y 90 horas el último mes. El 95,8% ha volado más de 4.000 horas totales. La distribución de ciclos aparece más homogénea y sólo el 25% reporta más de 6 ciclos en promedio por vuelo (ver Tabla 1).

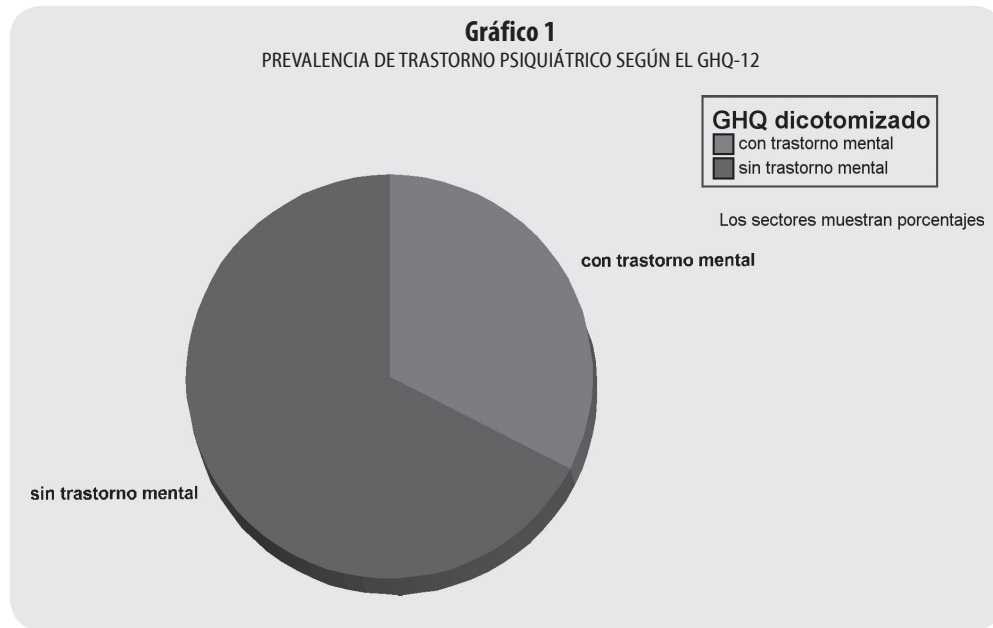
El 32,6% presenta un GHQ-12 positivo, es decir, presentan un malestar psíquico de tal magnitud que pueden ser casos de trastorno mental. (ver Tabla 2, Gráfico 1).

## ASOCIACIÓN ENTRE MALESTAR PSÍQUICO Y OTRAS VARIABLES

Las variables que se asociaron a una mayor prevalencia de malestar psíquico fueron: el tipo de contrato, tipo de remuneración, y las horas de vuelo totales (ver Tabla 3).

**Tabla 2**  
PREVALENCIA DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEGÚN EL GHQ-12

	Frecuencia	Porcentaje
Con trastorno mental	46	32,6
Sin trastorno mental	95	67,4



Sin embargo, al realizar el análisis de regresión logística usando como variable dependiente la presencia de malestar psíquico, sólo las variables tipo de contrato y horas totales de vuelo permanecieron con una asociación estadísticamente significativa, siendo esta última asociación de gran magnitud (ver Tabla 3), es decir, los grupos con mayor cantidad de horas de vuelo tendrían un riesgo considerablemente mayor de tener un trastorno mental respecto del grupo con menos horas totales de vuelo, y los pilotos sin un contrato indefinido tendrían también un riesgo mayor de tener un trastorno mental respecto del grupo con contrato indefinido.

## DISCUSIÓN

Una de mayores importancias de este trabajo radica en que es el primer estudio que existe sobre la salud mental en los pilotos de aeronaves en Chile. Existe gran escasez de estudios en la literatura internacional respecto a la salud mental de los pilotos, probablemente relacionado con la idea de que su aptitud psicológica ya fue chequeada previo a su entrenamiento y existen chequeos periódicos; sin embargo, Goerres en 1975 ya mencionaba que estos chequeos cumplían más bien con examinar su salud física. Se encuentran estudios que analizan la posibilidad de suicidio en accidente aéreo –que es un resultado extremo y aislado–, pero no de la salud mental en esta población para la pesquisa de trastornos mentales comunes, que son también frecuentes en la población general y el ser piloto no los

excluye de ese riesgo. Este estudio se enmarca en una línea de investigación que hemos venido desarrollando en relación a depresión y salud mental en el ámbito laboral.

En Chile los pilotos para mantener vigente su licencia deben pasar un control físico y psicológico periódico, pero es frecuente que no refieran síntomas psicológicos, especialmente si éstos no son tan intensos, probablemente para no verse impedidos de trabajar, ya que si además es tratado con psicofármacos no puede volar y es común pensar que estos tratamientos duran varios meses. Lo anterior, a su vez, puede redundar en que los casos leves o moderados de trastornos psiquiátricos se agraven al permanecer sin un tratamiento adecuado. Siendo los trastornos mentales, comunes en este siglo, cada vez más frecuentes, es de suma importancia desmitificar el significado de esta patología, y aceptar que sólo tratando adecuadamente los casos, tomando medidas de prevención, y educando a la población podemos mejorar la salud de las personas. Por otro lado, no existen fundamentos para pensar que ser piloto constituye un factor de protección en salud mental y es indiscutible que la salud de los pilotos es un recurso muy importante de conservar, debido a la responsabilidad que conlleva su trabajo y a que son profesionales de una alta especialización. Debido a que la prueba aplicada se trata de una prueba de tamizaje sabemos que nuestros resultados no corresponden exactamente a la prevalencia de trastornos mentales, para lo cual habría que realizar un segundo estudio en que se apli-

**Tabla 3**  
CORRELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE MALESTAR PSÍQUICO Y DIFERENTES FACTORES

		Prevalencia de malestar psíquico (%)	R.D. crudo (95% I.C.)	R.D. ajustado (95% I.C.)
Edad	<31 años	37.50	1	1
	31-50 años	30.19	0.73 (0.16-3.20)	0.93 (0.07-11.9)
	>50 años	40.74	1.15 (0.22-5.81)	1.9 (0.12-27.85)
Estado civil	Soltero	46.67	1	1
	Con pareja	30.63	0.50 (0.17-1.50)	0.36 (0.08-1.57)
	Separado/viudo	33.33	0.57 (0.13-2.50)	0.35 (0.05-2.28)
Tipo contrato	Indefinido	30.00	1	1
	otros	63.64	4.08 (1.13-14.75)	9.94 (1.4-70.76)
Renta	Fija	31.03	1	1
	Variable/sin	40.00	1.48 (0.61-3.61)	0.95 (0.26-3.52)
Tipo aeronave	Turbina	20.00	1	1
	Otra	33.09	1.98 (0.21-18.22)	3.08 (0.16-60.14)
Tipo cabina	Glass	24.00	1	1
	Convencional	34.48	1.67 (0.62-4.51)	2.87 (0.71-11.68)
Puesto que desempeña	Comandante	33.63	1	1
	Primer oficial	28.57	0.79 (0.32-1.96)	0.36 (0.07-1.87)
Husos horarios	1-2	31.46	1	1
	3-6	30.30	0.95 (0.40-2.25)	0.58 (0.20-1.72)
	7 o más	42.11	1.58 (0.57-4.37)	1.76 (0.54-5.74)
Horas de vuelo en el último mes	<40 hrs.	33.33	1	1
	41-80 hrs.	29.67	0.84 (0.29-2.48)	1.26 (0.24-6.66)
	>80 hrs.	40.63	1.37 (0.41-4.58)	2.21 (0.37-13.19)
Horas totales de vuelo	Hasta 2000 hrs.	0.00	1	1
	2001-6000 hrs.	47.62	$8.69*10^7$ (3.39*10 <sup>7</sup> -2.23*10 <sup>8</sup> )	$1.75*10^8$ (8.56*10 <sup>7</sup> -6.47*10 <sup>8</sup> )
	Más de 6000 hrs.	30.77	$4.25*10^7$ (3.05*10 <sup>7</sup> -2.00*10 <sup>8</sup> )	$3.10*10^7$ (5052467-1.9*10 <sup>8</sup> )
Promedio de ciclos por vuelo	1-4	31.76	1	1
	>4	33.93	1.10 (0.54-2.26)	1.28 (0.55-2.97)

que un instrumento de diagnóstico. Sin embargo se puede comparar a resultados de otras poblaciones en que se ha aplicado este instrumento. Hoeymans *et al.* evaluaron la salud mental de la población general y de atención primaria de Holanda, encontrando un 19,2% en hombres (16), cifra bastante menor a la encontrada en nuestra muestra de pilotos. Por otro lado, el estudio de Araya *et al.* describe que el error de clasificación se asocia al sexo y a la educación, tendiendo los hombres a clasificar más como falsos negativos y las personas con poca educación como falsos positivos (15). Considerando esto en nuestra muestra, en que 100% son hombres educados, podríamos sospechar una mayor cantidad de falsos negativos y no tantos falsos positivos, y eventualmente una mayor probabilidad de trastornos mentales en nuestra muestra.

Nuestro estudio muestra una alta prevalencia de malestar psíquico –32.6%– y aunque no es comparable con la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general del Gran Santiago, que es de 25% y 15,7% en la población masculina, podría relacionarse con una elevada prevalencia en la población de pilotos. Nuestro estudio tiene varias limitaciones: por una parte que se usó un instrumento de tamizaje para la detección de casos, por lo que nuestros resultados no son del todo comparables; por otro lado, al no ser una muestra aleatoria del total de los pilotos, nuestros resultados no son generalizables a la población de pilotos, y finalmente, que por tratarse de un estudio transversal es difícil establecer causalidad.

La alta prevalencia encontrada en este primer estudio nos lleva a plantear una serie de preguntas que

hacen necesarias nuevas investigaciones en esta línea, que además de corroborar o no nuestros resultados sirvan de base para el desarrollo de posibles tratamientos no farmacológicos para algunos cuadros y de acciones de prevención o intervenciones en forma precoz.

Al analizar los posibles factores de riesgo, el no tener un contrato indefinido muestra un riesgo cercano a 10 veces de tener malestar psíquico comparado con el riesgo de los que sí tienen contrato indefinido. Esto aparece comprensible desde el punto de vista de la existencia de incertidumbre en lo laboral y factores asociados. Sin embargo, resulta interesante que el mayor número total de horas de vuelo aparece como una variable que se asocia en forma significativa a la presencia de malestar psíquico con un riesgo muchísimo mayor que los que han volado menos de 2000 hrs., a lo que no tenemos en este momento explicación, y sólo algunas hipótesis, como por ejemplo, que han permanecido más tiempo alejados de sus familias, que tienen redes sociales debilitadas, que tienen mayor probabilidad de haber tenido trastornos leves no tratados u otros factores desconocidos. Esto es importante ya que podría indicar que el grupo que lleva más horas de vuelo es una población en riesgo a la que deberían ir enfocadas las estrategias de prevención y eventualmente políticas que protejan a los pilotos. Se requiere de nuevos estudios para dilucidar si esta variable tiene un efecto por sí sola en lo psicológico o en aspectos neurobiológicos del SNC, o si además se asocia a otras variables aquí no estudiadas, como por ejemplo: tabaquismo, uso de alcohol, o menor tiempo que comparten con sus familias, entre otros.

## REFERENCIAS

1. Murray C, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1900 – 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498 – 504
2. Patel V, Araya R, Ludemir A, Todd C, Lima M. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc. Sci Med* 1999; 49: 1461 – 71
3. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, *et al.* The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain: initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997; 27: 775 – 90
4. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio – demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228– 33
5. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study.* New York, Free Press, 1991
6. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, *et al.* Trastornos Psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Revista de Psiquiatría* 1994; XI (4): 194 – 202
7. Shepherd MS, Cooper B, Brown AC, Kalton G. *Psychiatric Disorders in General Practice.* Oxford, Oxford University Press 1966.
8. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice: a controlled trial. *Lancet* 1976; i:605–8.
9. *The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.* © World Health Organization. Switzerland, 2001.
10. Ministerio de Salud. Estudio AVISA, Santiago, MINSAL, 1993
11. Maxwell VB and Davies HC. *Psychiatric Disorders As They Relate to Aviation: Introduction to the 2<sup>nd</sup> Scientific Session of the Association of Medical Examiners. Aviation, Space, and Environmental Medicine,* 1983.
12. Unga TJ. Suicide by use of aircraft in the United States, 1979–1989. *Aviat Space Environ Med* 1994; 65:953–6
13. Cullen SA. Aviation suicide: a review of general aviation accidents in the UK, 1970–96. *Aviat Space Environ Med* 1998; 69:696–8
14. Maeulen B. *An Aeronautical Suicide Attempt -- Suicide and Self-Destructive Behavior in Aviation* 1993
15. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27(4):168–73.
16. Hoeymans N, Garssen A, Westert G, Verhaak P. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:23

## PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

# LA MATRIZ DE LA SALUD MENTAL DE THORNICROFT Y TANSELLA: UNA APLICACIÓN EN EL SECTOR ORIENTE DE SANTIAGO DE CHILE

(Rev GU 2005; 1:64-74)

Ramón Florenzano, Félix Bacigalupo, Francisco Bustamante, Jaime Correa y Raúl Ventura-Juncá<sup>1</sup>

### INTRODUCCIÓN Y MARCO REFERENCIAL

La organización de los servicios de salud mental en el marco de la reforma de salud constituye una preocupación creciente entre los administradores de la salud. En 1999 Thornicroft y Tansella, dos experimentados psiquiatras comunitarios de Londres y Verona, respectivamente, publicaron *"The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services"* (1), sugiriendo un esquema conceptual global para aplicar información epidemiológica a la mejoría de servicios. En el Congreso de Valdivia de la Sociedad Chilena de Neuropsiquiatría (2) ilustramos la aplicación del modelo en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de la Región Metropolitana (SSMO) de Santiago de Chile. En esta publicación resumimos primero el marco referencial de estos autores, y luego ilustramos su aplicación en algunos aspectos específicos.

El tema de la reforma de la salud implica a los servicios de salud mental de dos modos cruciales: en el diseño de los cuidados a los pacientes con enfermedades mentales, y en la estructura de la atención psiquiátrica. Thornicroft y Tansella proponen un modelo de cambio de los servicios de salud mental, al cual denominan el MODELO MATRICIAL (MMTT). Este es un esquema de

tres niveles, que puede ser usado para diagnosticar las fortalezas y debilidades relativas de un servicio determinado, así como para implementar cambios paulatinamente. El modelo es presentado en la Tabla 1.

Las dos dimensiones básicas del modelo son la *geográfica* y la *temporal*. La primera se enfoca al nivel local, mostrando los recursos más efectivos para la atención del paciente individual. La segunda, la temporal, considera las salidas del sistema como el aspecto más importante de la evaluación. El modelo puede ser utilizado como una herramienta global de evaluación, pudiendo ser modificado para cada realidad local. Por ejemplo, si tomamos como base los episodios de violencia demostrados por un paciente, éstos se pueden

**Tabla 1**

EL MODELO MATRICIAL DE THORNICROFT Y TANSELLA (MMTT)

	Fase de entrada	Fase de proceso	Fase de salida
Nivel regional/nacional	1A	1B	1C
Nivel local	2A	2B	2C
Nivel del paciente	3A	3B	3C

<sup>1</sup> Los autores pertenecen al Hospital del Salvador y Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.



**Tabla 2**CARACTERÍSTICAS DE LAS ETAPAS SUCESIVAS EN EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL:  
LOS TRES PERÍODOS (MODIFICADA DE THORNICROFT Y TANSSELLA)

Período 1	Período 2	Período 3
Construcción de asilos	Abandono de asilos	Paso a instalaciones más pequeñas
Aumento de N° de camas	Disminución de N° de camas	Disminución más lenta del N° de camas
Inversión pública en instituciones	Desinversión en instituciones de salud mental	Aumento de inversión privada en tratamiento y cuidado. Inversión pública centrada en costo-efectividad
Staff: Médicos y enfermeras	Se agregan psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales Aparecen tratamientos efectivos, sistemas diagnósticos y desarrollos psicoterapéuticos.	Staff basado en la comunidad con énfasis en el trabajo multidisciplinario. Surge la medicina basada en evidencia aplicada a distintas áreas
Contención más que tratamiento	Control farmacológico y rehabilitación, se dan de alta pacientes menos discapacitados	Preocupación en el equilibrio entre control e independencia del paciente

localizar en la celda 3C, pero a la vez señalar las repercusiones en los distintos niveles, ya que muestra una falencia del servicio local (2B) y una mala preparación del personal (2A), los cuales a su vez reflejan una inadecuada inversión de la salud pública hacia este tipo de pacientes (1A). Esto permite reconocer dónde están ubicados los defectos, evita “sobre-generalizaciones” y “sobre-especificaciones”. Otro ejemplo sería el de la implementación de intervenciones psicosociales en familiares y cuidadores de pacientes esquizofrénicos, las cuales han demostrado ser efectivas, pero que son infrecuentemente aplicadas en la práctica habitual. Esto requiere coordinación a nivel del paciente (3A y 3B) y a nivel local (2A y 2B).

El MMTT define la salud mental comunitaria, como *la que provee un amplio rango de cuidados efectivos de salud mental a una población definida, que está dedicada a tratar y ayudar a personas con trastornos mentales, en proporción a su sufrimiento y en colaboración con otros agentes locales.*

El MMTT ha sido utilizado para entender el desarrollo histórico de la salud mental, distinguiendo tres períodos sucesivos: el primero centrado en la construcción de asilos, el segundo en la disminución de su importancia, y el tercero en la reforma de los sistemas de salud mental. La duración de cada uno de ellos ha sido muy variable en los diversos países. En Chile la evolución de los servicios psiquiátricos ha sido descrita por Marconi (3), quien distinguió una etapa asilar, otra de servicios en hospitales generales y otra de salud mental comuni-

taria. En la mayoría de las regiones y países el origen del enfoque basado en la comunidad es reciente.

El MMTT utiliza las clásicas categorías kantianas del tiempo y espacio constituyendo una visión bidimensional espacio-temporal. En cada uno de ellos se pueden distinguir tres niveles. En *términos geográficos* históricamente se observa un proceso de descentralización, que va desde el nivel regional al nivel local y en el último tiempo, al nivel individual de cuidado y tratamiento. En *términos temporales* las diferencias son más bien en el énfasis. En el período uno se da énfasis a los ingresos o entradas al sistema. En el segundo, se da mayor atención a los procesos de rehabilitación, descuidando todavía los resultados. En el tercero se desarrolla el complemento entre los tres niveles, a nivel individual.

En el caso europeo, el primer período, denominado como el de aumento de los asilos, comienza en 1880 y llega hasta 1950. En Chile tiene una duración limitada: entre 1930 y 1960. Se caracteriza por la construcción y ampliación de asilos en lugares distantes. Los enfermos mentales, “los locos”, son vistos como una amenaza a la tranquilidad ciudadana. En este período el esfuerzo se centra en la internación de casos psiquiátricos y sociales por igual considera a las patologías mentales como intratables. Surgen luego teorías médicas o psicosociales para explicar los cuadros psiquiátricos, abriéndose un período que exige históricamente inversiones cuantiosas en construcciones hospitalarias, consideradas necesarias por tres factores: uno clínico (la necesidad de

**Tabla 3**  
DESARROLLO HISTÓRICO EN LOS NIVELES GEOGRÁFICOS (MODIFICADA DE THORNICROFT Y TANSELLA)

Nivel Geográfico	Período 1	Período 2	Período 3
País/región	Concentración de pacientes en hospitales distantes	Asilos grandes mantienen las responsabilidades por pacientes crónicos Diferenciación en pabellones especiales para pacientes forenses	Disminuyen días cama en instalaciones de salud mental. Centros regionales se focalizan en pacientes forenses
Local		Inicio de cuidados psiquiátricos en hospitales generales, hospitales Día y talleres protegidos	Mayor número de centros y equipos de SM. Instalaciones no-hospitalarias.
Individual			Tratamientos individualizados inter-agencias, multidisciplinarios. Menos separación entre tratamiento y rehabilitación, preocupación por prevención de recaídas y calidad de vida. Más psicoterapias basadas en evidencia

curación de enfermos mentales), otro moral (conseguir el mayor bien para los enfermos a un menor costo de los sanos) y un tercero económico (conseguir una mejor eficiencia al concentrar los centros de tratamiento bajo una administración central).

El segundo período, caracterizado por la disminución del asilamiento internacionalmente se da desde 1950 a 1980. Aparece allí una visión crítica desde las ciencias sociales, que estudian los efectos negativos de la institucionalización prolongada, tales como apatía, falta de interés e iniciativa. Además en ese período aparecen psicofármacos efectivos cuya influencia en la disminución de los centros es menos importante que factores tales como la aceptación familiar y comunitaria de los enfermos mentales, la existencia de más personal profesional, los cambios en los criterios de alta, y la existencia de prácticas de rehabilitación. En el plano político en esta etapa se delinea la responsabilidad progresiva de los gobiernos locales y la disminución del rol de las estructuras centrales. Se difunde la idea de que si los grandes centros resultan indeseables hay que potenciar los comunitarios. En distintos países se desarrollan fórmulas que transfieren los gastos de gobierno central al nivel local. El énfasis de este período es en la desinstitucionalización.

El tercer período, que va desde 1980 hasta la actualidad, se centra en la *reforma de los servicios de salud mental*, con una disminución de camas de centros

psiquiátricos, y un aumento del número de los hogares protegidos y otras estructuras residenciales. En muchos casos se produce un desajuste entre el menor número de camas asilares y las creadas en servicios locales, surgiendo una controversia acerca del número de camas necesarias. Tal como en el siglo XIX, se pasa de una fase de optimismo con respecto al sistema comunitario, en la que hay construcción de centros comunitarios de salud mental, o de salud familiar, a otra de desilusión y finalmente una de programación sistemática de redes que interconectan las diversas estructuras. La Tabla 2 resume las características de esas etapas.

La Tabla 3 resume las etapas antes descritas en los diversos niveles geográficos de la matriz.

La Tabla 4 resume el desarrollo histórico tomando en cuenta las fases temporales del modelo.

A continuación revisaremos los niveles espaciales de la matriz, distinguiéndose un nivel nacional o regional, uno local y otro del paciente.

## EL NIVEL NACIONAL/REGIONAL

Éste se centra en el gobierno central o regional, con leyes de salud mental específicas, estándares clínicos mínimos determinados y con formulación de políticas generales. A veces este nivel organiza el entrenamiento de profesionales. Por ejemplo, en el caso chileno, el nivel central ha propuesto estándares referenciales para

**Tabla 4**

DESARROLLO HISTÓRICO EN LAS FASES TEMPORALES DE LOS PERÍODOS DEL MODELO MATRICIAL.

Fase temporal	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3
Ingresos	Atención en edificios. Poca selección de personal adecuado. Administración regulada por la Seguridad Social	Construcción de centros de rehabilitación. Modernización de criterios político-legales. Desarrollo de la psiquiatría de enlace. Nuevos antipsicóticos y antidepresivos	Centros comunitarios de SM, construyen a nivel individual, familiar y poblacional centros holísticos y con equipos multidisciplinarios. Atención en medios masivos de comunicación. Control del gasto público
Procesos		Influencia máxima de teorías psicodinámicas. Disminución de estadia y camas sin disminución de costos. Derivación de pacientes a hospitales de agudos. Atención en procesos grupales. Monitoreo de patrones de entrevista.	Continuidad de los cuidados por un mismo equipo. Focalización en pacientes más discapacitados. Auditoría clínica. Investigación en la evaluación para mejorar los servicios. Introducción de principios de mercado
Resultados			Uso limitado de indicadores. En nivel individual, estandarización de resultados medidos y ordenados en estudios.

formar médicos especialistas orientados hacia la Reforma sanitaria (4). El grado de centralización de las leyes, políticas y estándares será diferente en aquellos países federales que en los más centralizados, como es el caso de Chile, un país unitario y no federal, al contarse con legislaciones únicas, una política nacional de salud mental y normas formuladas por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (5). Para revisarlos en detalle se consideran tres de estos ámbitos: social y político, económico y profesional.

En lo socio-político cada país tiene su propio balance entre el interés por cuidar a cada paciente y la importancia con la cual se resguardan los derechos humanos: la mayor libertad individual puede entrar en conflicto con la necesidad de tratar casos en contra de la voluntad de los pacientes o de sus familiares. Este ámbito toma muy en cuenta la percepción del público en general de los problemas de salud mental, así como la percepción de los políticos; finalmente considera las consecuencias políticas y legales del tratamiento de los trastornos mentales. En este plano, y a pesar de lo común de las enfermedades mentales, aún prevalecen estereotipos abrumadoramente negativos sobre estos pacientes. Los políticos generalmente interpretan a la opinión pública son los encargados de llevar la percep-

ción a acciones políticas y legales específicas. Cuando la percepción pública y política convergen y existe un ambiente político favorable es posible hacer realidad leyes y regulaciones sobre salud mental. Esto sucedió históricamente en la segunda mitad del siglo XX en los países anglo-europeos, destacándose los cambios legislativos en Italia e Inglaterra. El balance alcanzado entre los derechos civiles y el riesgo para la comunidad se refleja muy bien en el tipo de instituciones para pacientes mentales.

El nivel económico de cada país influye en el grado de organización y desarrollo de la práctica médica y calidad del servicio, y más específicamente en el foco de algunos cuadros mentales. Así por ejemplo, el desempleo aumenta la tasa de suicidio y de depresión. Por el contrario, el exceso de seguridad social puede limitar el interés por reinsertarse en la vida laboral: en muchos países desarrollados los pacientes psiquiátricos tienen seguros de bienestar, lo que hace difícil su reincorporación laboral y rehabilitación.

En el ámbito profesional se incluyen la calidad de la carrera laboral, así como el cuidado y mantención humana y técnica del personal, su entrenamiento y su educación continua. El entrenamiento comprende el desarrollo curricular en el pregrado y la práctica clí-

nica en postítulos y postgrados. Otro tema aquí relevante es el de *examen y acreditación*: para muchos, el Estado debe asegurar estándares mínimos de calidad. En muchos lugares se ha formalizado la necesidad de la formación continua de los profesionales para renovar sus conocimientos. Otro elemento importante es el *manejo de la mano de obra especializada*, estimándose sistemáticamente si los trabajadores de la salud tienen un entrenamiento suficiente. En Chile por lo menos por cuarenta años han existido programas para entrenar profesionales del nivel primario en temas de salud mental. Se han propuesto también *estándares mínimos de calidad*: por ejemplo índices de número de enfermeras o médicos por paciente o la adopción de un sistema diagnóstico específico. En Chile se utilizan en forma oficial el CIE-10, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, pero en la práctica es también muy usada la DSM-IV, la Clasificación de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Es importante que el clínico reconozca la importancia relativa del Estado central o regional, dada la cadena de efectos desde el nivel nacional al local. Muchas veces las decisiones del clínico en casos difíciles estarán influidas por el ambiente social, político y económico imperantes. Situaciones especiales al respecto hoy día son la tendencia a armonizar los sistemas de acreditación entre diferentes países: en la medida que se avance en la integración del MERCOSUR u otros tratados de libre comercio, se hará más expedita la movilidad profesional entre países. Otra influencia desde el nivel nacional es la de utilizar datos de la medicina basada en la evidencia. En muchos países, sólo a nivel del estado nacional es posible la implementación de centros de investigación, guías clínicas y asociaciones de profesionales.

## EL NIVEL LOCAL

El nivel local se define por la MMTT como el área donde se puede proveer un sistema de cuidados integrados para los servicios de salud mental. La población a cargo adecuada para ese nivel se ha estimado entre 50.000 y 250.000 residentes. En la tradición francesa, cuando los servicios locales se organizan sobre la base de áreas de captación local, son llamados sectores: de allí la expresión *psiquiatría de sector*.

Este es el mejor nivel para considerar la integración en red de los servicios de salud mental del adulto, que tomen en cuenta la interconexión de los siguientes tipos de interfase de servicios: conexión con servicios especializados: geriatría, forense, abuso de sustancias;

servicios generales de salud: atención primaria y secundaria; servicios no clínicos: servicio social, radio local, prensa, familia, grupos de voluntarios.

En este nivel es importante conocer las características socio-demográficas de cada área local para conocer las necesidades de servicios. Se pueden determinar indicadores locales de salud (medidas que suman información relevante de un fenómeno particular o que actúan como un representante razonable de una medida directa del fenómeno). También es posible revertir la tendencia que forzó a los pacientes a ser deportados lejos de sus casas y comunidades locales, característica del período en el que se construyeron instituciones para grandes áreas.

Entre las limitaciones del foco en el nivel local es necesario mencionar: el menor costo-efectividad del tratamiento de trastornos de baja prevalencia, que reciben mejor atención en centros más especializados superiores. Entre los ejemplos que se pueden mencionar están los trastornos alimentarios, o los brotes psicóticos agudos. En la Región Metropolitana de Santiago de Chile el Programa de Antipsicóticos Atípicos se ha centralizado en el Instituto Horwitz, que es el mayor establecimiento de nivel cuaternario especializado. Además existe gran variabilidad de la capacidad y calidad de atención en los diversos servicios locales. Puede haber menor libertad para la derivación de los pacientes al haber menos unidades alternativas para tratamiento de mayor seguridad. En ciertos casos no hay coincidencia de los servicios de atención: los sectores o áreas definidos geográficamente no necesariamente atienden a los mismos límites geográficos: no coinciden con los de los gobiernos locales o con los tramos del censo.

## EL NIVEL DEL PACIENTE

Este nivel incluye tratamiento, cuidado y soporte para pacientes individuales, o para grupos de pacientes individuales que comparten características o problemas, así como intervenciones a los miembros de sus amplias redes sociales, incluyendo familiares y cuidadores. El nivel del paciente históricamente ha sido privilegiado en la clínica hospitalaria. Algunas de las limitaciones del excesivo énfasis en este nivel son el que se despreocupa de la población total en riesgo, y no puede estimar la proporción de la verdadera morbilidad que trata, por lo cual no sabe la real prevalencia de los casos tratados. Al centrarse en el caso clínico y en los síntomas, excluye el contexto amplio del paciente, enfatizando sólo el episodio actual que trata.

En este nivel, independientemente de que sea hospitalario o ambulatorio, es importante elegir las intervenciones clínicas más efectivas, considerando al paciente como un aliado en el tratamiento. Una buena alianza terapéutica implica: informar al paciente acerca de su enfermedad, tratamiento, curso y pronóstico. Además incluye el negociar con el paciente su plan de tratamiento, tomando en cuenta su punto de vista acerca de su eventual hospitalización, opinión que será tomada por el equipo tratante. Este plan debe adaptarse en forma individual a cada paciente, personalizándolo para cada caso individual. En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Oriente en la Unidad de Trastornos Afectivos, al evaluar el funcionamiento del primer año de este centro especializado en tratar trastornos del ánimo complejos, se vio que se mejoró la adherencia al hacer esta personalización.

Es asimismo crucial incorporar a la familia del paciente como recurso; entre los errores comunes está la creencia de que la familia es causante de la enfermedad mental del paciente; el recelo del personal a considerar los problemas de salud mental de quienes cuidan al paciente; y el limitar la información entregándola sólo al paciente.

El reconocer el espectro de necesidades del paciente implica cooperación entre profesionales de distintas especialidades, adoptando un enfoque longitudinal para proveer una continuidad en el cuidado del paciente. Para ello debe existir buena comunicación entre los distintos profesionales tratantes y buenos registros clínicos.

La prontitud en el acceso y salida implica el uso correcto del tratamiento, en aspectos tales como dosis de fármacos (usar la mínima dosis efectiva, determinada para cada paciente); timing (proveer los servicios en forma expedita según las necesidades del paciente); cuidados elegidos con el paciente priorizando las medidas menos restrictivas.

Las entradas (“inputs”) en el nivel local son cada vez más importantes en los países desarrollados. Aun en ellos, sin embargo, la línea de demarcación entre niveles es un punto de fricción. Puede haber polémica entre los servicios locales municipales y las estructuras de salud centralizadas, lo cual no es infrecuente en países con sistemas nacionales fuertes, como lo han sido históricamente el inglés y el chileno.

Entre los *inputs* a considerar se encuentran el balance presupuestario entre gastos hospitalarios y comunitarios: en los hospitales se tiende a pensar que los fondos que van al nivel primario bajan la calidad de la atención de internación. Por ello es necesario determinar objetivos para el presupuesto en forma periódica,

así como determinar el periodo para cada ciclo por adelantado. Es también importante proveer fondos transicionales mientras se establecen servicios comunitarios, ya que de otro modo los hospitales son evacuados y los pacientes quedan en una situación desprotegida. El concepto general es que los fondos deben seguir a los pacientes. Sin embargo, durante los procesos de descentralización es frecuente que algunos fondos transferidos sean retirados del sistema de salud mental

En el nivel local es necesario distinguir servicios clínicos directos, de apoyo y no clínicos. Estos servicios que habitualmente en el plano hospitalario van juntos, a nivel local se separan.

Entre los *inputs* a nivel del paciente es necesario considerar tres tipos:

- *Nivel de conocimientos del staff*, siendo en este tema más importante la experticia que la experiencia: el riesgo de obsolescencia es hoy cada vez mayor, por lo que es central la necesidad de la reactualización continua, especialmente en el uso de psicofármacos. En el SSMO se ha implementado un programa de educación continuada para el personal de todos los niveles, tanto primario y secundario como hospitalario, subrayando los objetivos de la reforma.
- *Contenido del tratamiento*: la aparición de la psiquiatría basada en la evidencia (MBE), permite que los tratamientos sean más eficaces dados en base a los conocimientos más recientes. Cuando no hay evidencia local para un determinado grupo, puede ser importante la referencia a un nivel más especializado, donde haya staff entrenado. Un ejemplo chileno es el manejo de las depresiones severas o complicadas, que son derivados desde el nivel primario o secundario a centros de referencia. El MINSAL, con asesoría de la Unidad de Trastornos Afectivos del HDS, ha preparado un documento que revisa la mejor evidencia con respecto al tratamiento de depresiones refractarias, en casos con riesgo de suicidio, de pacientes bipolares, duales o con depresiones psicóticas (6).
- *Información al paciente*: es una necesidad progresivamente cada vez mayor, basada en razones legales, éticas y de evidencia. Pasamos a continuación a analizar las fases cronológicas del modelo: entradas, procesos y resultados.

## LA FASE DE ENTRADAS (INPUT)

Las entradas se definen como “los recursos que se ponen en el sistema de salud mental”. Estos *inputs* deben

**Tabla 5**  
FASE DE ENTRADAS (MODIFICADO DE THORNICROFT Y TANSELLA)

	(A) Fase de entrada	(B) Fase del proceso	(C) Fase del resultado
(1) Nivel de País/ regional	1A <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto global en servicios de salud mental</li> <li>• Legislación sobre salud mental.</li> <li>• Directivas y políticas nacionales</li> <li>• Planeamiento del entrenamiento del recurso humano</li> <li>• Protocolos clínicos y guías terapéuticas</li> </ul>	1B	1C
(2) Nivel Local	2A <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuestos locales y balance de servicios hospitalarios y comunitarios.</li> <li>• Evaluaciones de necesidades de las poblaciones locales.</li> <li>• Numero y mix de staff profesional.</li> <li>• Servicios clínicos y no clínicos.</li> <li>• Relaciones de trabajo entre los servicios.</li> </ul>	2B	2C
(3) Nivel del paciente	3A <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de necesidades individuales.</li> <li>• Demandas concretas de pacientes.</li> <li>• Demandas concretas de las familias.</li> <li>• Destrezas y conocimientos del staff</li> <li>• Contenidos de los tratamientos clínicos.</li> <li>• Información para el paciente y sus cuidadores/ familiares</li> </ul>	3B	3C

distinguirse de las actividades que se desarrollan en dicho sistema, lo que veremos en la fase de procesos. Las entradas *visibles* son el staff y la infraestructura física, además de los gastos en medicamentos, suministros, equipos e investigaciones. Los gastos visibles en staff incluyen la cantidad de profesionales, la combinación de diversas disciplinas (psiquiatras, psicólogos, enfermeras) y su distribución dentro del sistema. Están también los *inputs intangibles*, tales como la existencia de buenas relaciones entre el sistema de salud mental y el de salud general en el nivel primario, o la relación con la red social municipal. Dentro de los *inputs intangibles* se encuentran también la experiencia, calificaciones y entrenamiento del staff, los regímenes legales y las políticas públicas sobre la salud mental que autorizan la operación de los servicios; los sistemas organizacionales que hacen operar al sistema son otro *input invisible*, sean reglamentos o normas operacionales locales para cada unidad, así como los estándares de calidad a nivel nacional. La Tabla 5 resume los *inputs* en los niveles nacional, local y del paciente.

El gasto presupuestario global en salud mental varía mucho entre los países. Muchas veces la asignación presupuestaria se hace siguiendo el patrón histórico de gasto más que evaluando sistemáticamente las necesidades del nivel del paciente y su costo. Hay también mucha variabilidad entre países que asignan los fondos en forma centralizada, y otros donde cada nivel local decide cuánto aporta a sus servicios de salud mental. El efecto de otros *inputs* nacionales, sean de las políticas y procedimientos explícitos, de los cambios legislativos, y sobre todo de los cambios en las políticas y contenidos del entrenamiento de profesionales, son lentos: desde que se legisla hasta que el nuevo cuerpo legal se aplica realmente en el nivel local, pueden pasar años.

La Tabla 6 resume tipos de servicios que se ofrecen en sistemas locales de salud mental.

El nivel crucial es el de *inputs* para el paciente, que es la vía final común en la que deben desembocar los *inputs* nacionales. Entre los elementos a destacar se encuentran la experticia y experiencia del staff, cuya educación continuada en procedimientos basados

**Tabla 6**  
TIPOS DE SERVICIOS OFRECIDOS EN EL NIVEL LOCAL

Servicios clínicos	Servicios de apoyo	Servicios no clínicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de hospitalización</li> <li>• Consultorios ambulatorios.</li> <li>• Hospitales de día.</li> <li>• Centros comunitarios y hogares protegidos.</li> <li>• Servicios residenciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia.</li> <li>• Servicios de laboratorio.</li> <li>• Neuroimágenes.</li> <li>• Servicios legales y de apoyo al paciente.</li> <li>• Servicios de colocación laboral y residencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios informáticos.</li> <li>• Registros médicos.</li> <li>• Transporte y portería.</li> <li>• Alimentación.</li> <li>• Mantención de infraestructura.</li> <li>• Limpieza.</li> <li>• Servicios de auditoría y control de calidad clínica.</li> <li>• Educación continuada.</li> <li>• Reclutamiento y capacitación del personal.</li> </ul>

en la evidencia es cada vez más importante. Esto influye también los *inputs* referentes a los tipos de tratamientos ofrecidos, donde la base empírica que demuestra efectividad de las terapias es importante. Históricamente se tomaron más en cuenta las preferencias o adherencia a escuelas teóricas o marcos referenciales de parte del staff. Es hoy cada vez más necesario informar al paciente de las opciones terapéuticas existentes, para que éste pueda realmente dar un consentimiento informado.

### LA FASE DEL PROCESO

El proceso está constituido por "*las actividades efectuadas con el fin de entregar servicios de salud mental*". Esta fase se refiere a una amplia gama de procedimientos clínicos que tienen lugar en el sistema de servicios necesarios para entregar los tratamientos a los pacientes. La diferencia entre entradas y procesos no es siempre clara: lo central de la distinción es que los procesos son los vehículos de la atención, no la sustancia del tratamiento. Ellos contribuyen indirectamente al resultado final, a través de diversos mecanismos. Por ejemplo, la satisfacción del paciente mejora la adherencia, teniendo mayor importancia los tratamientos específicos (*inputs*) que los procesos. Esto, excepto en casos donde el conocimiento acerca de una patología determinada es escaso o no se cuenta con los medios necesarios.

Los procesos a nivel nacional/regional incluyen:

- *Evaluación de la calidad de la atención*, a veces sobre la base de comparaciones, como por ejemplo evaluar áreas donde sobra o falta atención; descri-

bir fallas del servicio; establecer si se ejerce o no buena práctica de la medicina. El nivel nacional se interesa también en recolección de datos de los servicios, cuya calidad es muy variable de país en país, lo que dificulta las comparaciones internacionales.

- *Formulación de guías y protocolos clínicos*: las guías clínicas se refieren a diagnóstico y tratamiento, mientras que los protocolos suelen referirse a procedimientos terapéuticos. La tendencia actual es orientar la práctica clínica según estas guías y protocolos, cuyo objetivo es mejorar la atención de los pacientes reduciendo la brecha entre la medicina basada en la evidencia y lo que ocurre en la práctica diaria. En el caso chileno, MINSAL ha elaborado protocolos en varias áreas (7).
- *Creación de estándares mínimos de calidad*, como puede ser la inspección por parte de un organismo unitario o de los de acreditación que comparen la práctica clínica actual con criterios preestablecidos de calidad. En el caso chileno se han acreditado sistemáticamente los Hospitales de Día.

Los procesos a nivel local pueden centrarse en sistemas de registro de casos, en auditorías, en analizar las vías de los pacientes hacia la atención y la continuidad ofrecida por los establecimientos así como en la atención por parte de especialistas de grupos blanco más discapacitados. Los *sistemas de registro de casos* permiten obtener información acumulativa de los pacientes, para luego identificar los problemas o temas a ser mejorados. El uso masivo de computadores personales ha facilitado estos registros. Las *auditorías*, definidas como el "*análisis*

**Tabla 7**  
EJEMPLOS DE INDICADORES DE FASE DE PROCESO, MODIFICADO DE THORNICROFT Y TANSELLA

	(A) Fase de entrada	(B) Fase del proceso	(C) Fase del resultado
(1) Nivel de País/ regional	1A	1B <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores de rendimiento/actividad (promedio de admisiones, promedio de ocupación de camas, etc.)</li> <li>Guías clínicas y protocolos de tratamiento</li> <li>Estándares mínimos de calidad</li> </ul>	1C
(2) Nivel Local	2A	2B <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo, servicios y patrones de uso del servicio</li> <li>Auditorías</li> <li>Vías de atención y continuidad</li> <li>Grupos blanco especiales</li> </ul>	2C
(3) Nivel del paciente	3A	3B <ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad subjetiva de tratamiento</li> <li>Continuidad de los clínicos</li> <li>Frecuencia de citas</li> <li>Patrón de atención individual de pacientes</li> </ul>	3C

sis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos usados para el diagnóstico y la terapéutica, el uso de recursos, el resultado final y la calidad de vida del paciente". Las vías de los pacientes hacia la atención son "las rutas tomadas por los pacientes para hacer el primer contacto con el sistema de salud, y la consiguiente secuencia de atenciones". La metáfora utilizada para los servicios de salud mental es que éstos pueden actuar en conjunto como un sistema hidráulico, donde la presión de la morbilidad se distribuye en forma homogénea a través del sistema. Finalmente, la identificación de grupos blanco (*target groups*) se centra en que los pacientes más discapacitados deben recibir atención prioritaria, y los servicios deben estar orientados hacia ellos. En el caso del SSMO, realizamos hace algún tiempo una medición de las vías de atención (8)

Los procesos al nivel del paciente enfocan lo que pasa en cada encuentro entre el profesional de salud mental y los pacientes. En general este es un tema poco investigado, lo que se ha ligado a la tradición de confidencialidad de las psicoterapias, y al hecho de que muchos profesionales son reacios a la valoración de la medición de las psicoterapias. En otras especialidades médicas es posible saber el contenido del proceso terapéutico, en términos de tratamiento, dosis, adherencia, etc. Asimismo, desde el punto de vista del paciente el proceso de atención es importante *per-se*, no

sólo en relación al resultado. Lo anterior lleva a que en muchas intervenciones de salud mental no exista evidencia clínica apropiada.

### LA FASE DE RESULTADOS

Esta fase se ha hecho progresivamente más importante hoy en día. La definición del término inglés "outcome" es la de resultado o efecto visible. En general los "outcomes" son cambios en el funcionamiento, en la morbilidad o en la mortalidad. Los resultados son productos complejos de múltiples influencias, y pueden ser considerados en los tres niveles geográficos del modelo de la matriz.

**Tabla 8**  
FASE DE RESULTADOS

	Fase de resultados
Nivel nacional/regional	Tasa de suicidios, tasa de personas sin hogar, tasa de presidio.
Nivel local	Tasa de suicidios, morbilidad física.
Nivel del paciente	Reducción de síntomas, impacto en los cuidadores, satisfacción con los servicios, calidad de vida, discapacidad, necesidades.



**Tabla 9**

FOCO DE LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS EN EL RESULTADO A NIVEL DEL PACIENTE, TOMANDO EN CUENTA PRINCIPIOS Y EVIDENCIA.

	(A) Fase de Entrada	(B) Fase del proceso	(C) Fase del Resultado
(1) Nivel País/Regional	Principios Descubrimientos de la investigación basada en la evidencia		
(2) Nivel Local		Intervenciones del Equipo Clínico	
(3) Nivel del Paciente			Resultados de Pacientes Individuales

Entre los resultados en el nivel nacional/regional se encuentran la mortalidad y morbilidad, que tienen asociación indirecta con enfermedad mental. Entre los resultados relevantes se pueden mencionar:

- Deterioro: síntomas primarios.
- Discapacidad: reducción secundaria de la capacidad para desarrollar habilidades específicas.
- Rendimiento: rol social limitado.
- Tasa de suicidios, tasa de personas sin techo (*homeless*), encarcelados, preguntas especiales (homicidios).
- Poca importancia de la salud mental a nivel gubernamental.

Entre los resultados en el nivel local se pueden determinar indicadores, los cuales pueden alcanzarse de tres formas:

- Extrapolando desde los datos nacionales (suicidio)
- Midiendo directamente el nivel local (función global, GAF).
- Agregando información desde el nivel del paciente (9)

Los resultados en el nivel del paciente son el propósito principal de los servicios de salud mental: optimizar los resultados en el nivel del paciente. Entre los posibles indicadores mencionemos:

- Severidad de los síntomas
- Impacto del cuidado
- Satisfacción de los pacientes con los servicios
- Calidad de vida
- Discapacidades
- Necesidades

## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

En definitiva, la matriz de salud mental propuesta por Thornicroft y Tansella hace cuatro cosas:

- Permite una *descripción simplificada* de los servicios de salud mental, abriendo la posibilidad de comparar las mejores prácticas.
- Ordena los eventos complejos que se dan dentro de los servicios en las dos coordenadas kantianas clásicas, el tiempo y el espacio, permitiendo diagramar flujos de entradas, procesos y salidas en los niveles nacional, local y del paciente. Este orden permite aumentar la coherencia de unidades que están a veces geográficamente dispersas, y hace interactuar a profesionales entrenados en marcos referenciales a veces disímiles.
- Permite *comprender* cómo funcionan los sistemas, en términos de cuándo y dónde se ofrecen los servicios, mejorando la continuidad y la accesibilidad de éstos.
- Permite *planificar el cambio* de los servicios de salud mental, partiendo de un diagnóstico sistemático de necesidades ya sean locales o en el nivel del paciente, pasando por una *priorización de las acciones a seguir*, y llegando a una planificación local detallada de éstas.

El modelo de estos autores hasta el momento se ha aplicado fundamentalmente en países desarrollados, sean europeos o en Norteamérica. En el caso chileno su aplicabilidad pasará por:

- La existencia de datos locales de medicina basada en la evidencia, así como de protocolos y guías clínicas adaptadas a nuestra realidad.

- Las decisiones sobre el número final de camas psiquiátricas que se consideren necesarias, tanto en el nivel de establecimientos especializados como en las unidades psiquiátricas en hospitales generales.
- El nivel de presupuesto asignado a la salud mental, y el lugar donde éste se gaste. La tendencia histórica en Chile de centralizar el gasto en los grandes establecimientos asilares se revirtió durante la década final del siglo pasado, pero siempre hay una concentración alta de recursos humanos y de camas disponibles en los grandes hospitales psiquiátricos.
- La provisión de servicios adecuados para los pacientes con discapacidad psíquica severa, quienes son los que más necesitan una red de servicios contenedora en el largo plazo.
- La decisión acerca de a quién tratar: a los que más lo necesitan por la severidad de sus cuadros, o a los que consultan en grandes números por crisis personales que no necesariamente revelan psicopatología mayor. Esta decisión puede tomarse en los niveles nacional o local, y definirá el camino final que tome la reforma psiquiátrica en muchos lugares.
- La integración de los servicios de salud mental dentro de los de salud general, así como en la red social global a nivel comunitario es otro elemento clave en la forma final que tomen estos servicios.
- Todo lo anterior implica investigación operativa permanente acerca de la eficacia y efectividad de las diferentes opciones terapéuticas, así como de

estudios acerca del rendimiento comparativo de las unidades clásicas de hospitalización desinertadas de la red, versus las opciones abiertas para tratar incluso a los más crónicamente discapacitados en la red comunitaria.

## REFERENCIAS

- 1 Thornicroft y Tansella. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*, Londres, 1999
- 2 Florenzano R, Zaccaria A, Labra JF, Perales P, Gutierrez L. La Aplicación de la Matriz de Salud Mental de Thornicroft y Tansella: El caso del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. *Actas del 57º Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*, Valdivia, Chile, 10 al 12 de octubre del 2002
- 3 Marconi J. Diagnóstico, Programación y Evaluación de Salud Mental Intracomunitaria. *Programa Integral. Rev de Psiquiatría (Chile)*, 1999, 11 (2): 99-104.
- 4 Sepúlveda R, Gómez A, Florenzano R, Minoletti A. *Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Santiago de Chile, 2003.
- 5 Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Segunda Edición. Santiago de Chile, 2001.
- 6 Retamal P, Florenzano R, Bacigalupo F *et al.* Estado del Arte acerca del tratamiento de depresiones refractarias. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 2004.
- 7 Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. *Protocolos de Tratamiento de Depresión en el Nivel Primario de Atención*. Santiago, 2004.
- 8 Florenzano R, Labra JF, Marchandón A, Rocco C. El Acceso del Paciente Psiquiátrico a los Especialistas. *Revista Médica de Chile*, 1992, 120: 651-656.
- 9 Florenzano Ramón. *Suicidio y Salud Mental del Adolescente*. Actas del Congreso Chileno de Adolescencia, 2004

## EPIDEMIOLOGÍA

# AMÉRICA LATINA Y LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

(Rev GU 2005; 1:75-79)

**Benjamín Vicente<sup>1</sup>, Pedro Rioseco<sup>1</sup>, Sandra Saldivia<sup>1</sup>, Robert Kohn<sup>2</sup>, Silverio Torres<sup>1</sup>**

Como es ampliamente conocido, se espera que en América Latina la carga relativa de la enfermedad mental aumente de una manera extraordinariamente significativa de aquí al año 2020, en la medida que la transición epidemiológica en que estamos continúe y la región se aleje del predominio relativo de las enfermedades infecciosas.

Se ha estimado que en nuestra región la enfermedad mental en la actualidad es responsable del 8,2% de la carga de enfermedad entendida como los conocidos DALYs, es decir, los años de vida ajustados por discapacidad y del 33,2% de los años vividos con discapacidad (YLD) (1). La Depresión Mayor está considerada hoy como la decimotercera causa más importante que contribuye a los DALYs y la más importante cuando se estiman los años vividos con discapacidad. Los trastornos relacionados con el uso del alcohol están ubicados en el segundo lugar entre aquellos que producen años de vida con discapacidad, pero sólo el número decimo-cuarto cuando se trata de los DALYs. Entre las mujeres la Depresión Mayor es la séptima causa más frecuente de DALYs y la número uno cuando se trata de años de vida perdidos por discapacidad. En el caso de los hombres, en nuestra América Latina, los desórdenes asociados al uso del alcohol se ubican en el lugar octavo en el caso de los DALYs y definitivamente en el primero como causa de años de vida con discapacidad.

De aquí al año 2020 se va a producir un cambio significativo en estas estimaciones y se espera que los trastornos psiquiátricos sean responsables del 20,9% de la carga total de enfermedad y la Depresión Mayor alcance el segundo lugar entre todos los trastornos considerados.

Estas estimaciones de discapacidad asociadas con enfermedad mental se han hecho basadas en datos epidemiológicos obtenidos en diferentes países de Latinoamérica, pero construidas en reuniones de expertos en diferentes sedes de la OMS y no corresponden al análisis de datos duros provenientes de estudios epidemiológicos de última generación realizados con muestras representativas de la población general de los diferentes países. Situación que anticipamos no sólo corroborará la situación descrita sino que podría entregar un panorama aún más gris y preocupante.

Latinoamérica tiene una rica y larga tradición en la conducción de investigaciones en epidemiología psiquiátrica ya sea usando escalas de síntomas o instrumentos (2) altamente estructurados denominados estudios de tercera generación (3). Desafortunadamente la mayoría de estos últimos estudios que examinan tasas de trastornos psiquiátricos no han sido conocidos ampliamente, lo que en parte se debe a que sus resultados no están publicados en revistas internacionales que circulen en idioma inglés. Por otro lado,

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Casilla 160-C, Concepción.

<sup>2</sup> Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University and Butler Hospital, Providence. Butler Hospital, 345 Blackstone Blvd, Providence.

cuatro estudios llevados a cabo en Norte América son los más frecuentemente citados y proporcionan las prevalencias de enfermedad mental más usadas, en su mayoría provenientes de poblaciones hispanas que han formado parte de sus muestras.

Uno de estos estudios es la investigación conducida a comienzo de los años 80' en Puerto Rico (4) donde se usó la Entrevista Diagnóstica Estandarizada (DIS) (5), que es por todos conocida. Otro estudio que ha tenido una gran difusión es aquel que se llevó a cabo en el grupo denominado Mexicano - Americanos de Estados Unidos y que usó el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (6), conocido como Estudio de Prevalencia y Uso de Servicios (7). Adicionalmente, el también conocido ECA, particularmente en los datos correspondientes a Los Ángeles, donde la población hispana fue sobremuestreada y que también utilizó el DIS (8), tiene también algún nivel de conocimiento, difusión e impacto en la programación de nuestros servicios de salud. Finalmente, el cuarto de estos estudios señeros con un impacto en nuestra región, mayor al que quisiéramos, es el estudio estadounidense de comorbilidad basado en el CIDI y que cubrió, como todos conocemos, la población total de Estados Unidos (9).

El primero de los estudios realizados en América Latina que utilizó técnicas de epidemiología psiquiátrica consideradas de tercera generación fue llevado a cabo en Argentina, utilizando como instrumento el PSE (Present State Examination) (10). Este estudio se basó en una muestra estratificada por distritos en la ciudad de Buenos Aires. Incluyó aproximadamente 3.410 individuos de 17 años y más, los que fueron entrevistados con el PSE utilizando el CATEGO como programa para obtener diagnósticos de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades versión novena CIE-9 (11-13). Los investigadores entregaron prevalencias actuales para un número determinado de trastornos específicos. La alta tasa de esquizofrenia, 3%, comparada con la de psicosis afectiva, 4%, y la de depresión neurótica que alcanzó apenas un 3,5% hizo que muchos dudaran de la consistencia interna y de la rigurosidad metodológica del estudio.

Otro estudio que utilizó el PSE fue llevado a cabo en México (14): en este caso el instrumento fue complementado con algunos ítem de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) (15), con el SRQ (16), además de secciones del DIS. Este estudio de alcance nacional incluyó 1.984 personas de edades entre 16 y 64 años, e incorporó diagnósticos actuales, tanto a nivel de caso probable como de caso definitivo, también de acuerdo a la versión novena del PSE. Previo al estudio de Puerto Rico se realizó un es-

tudio en Perú, concretamente en el barrio de Independencia, que cubrió a 816 individuos utilizando el DIS. Su difusión también ha sido escasa y su condición de representar sólo un barrio de Lima lo ha hecho tener un impacto menor (17, 18).

El primer estudio epidemiológico de gran magnitud realizado en nuestra región y que intentó proveer diagnósticos DSM-III en la comunidad, fue el estudio multicéntrico Brasileño de morbilidad psiquiátrica que se llevó a cabo en 1991 (19). Este estudio incluyó a 6.476 individuos de 15 años y más, y fue realizado en tres áreas urbanas de grandes proporciones como Brasilia, Sao Paulo y Porto Alegre. Se utilizó un diseño en dos etapas, la primera de las cuales consistió en una entrevista screening de 44 ítem denominado cuestionario para determinación de morbilidad en adultos o QMPA (20). La segunda etapa consistió en entrevistas diagnósticas llevadas a cabo en un 30% de aquellos que fueron tamizados como posibles casos y un 10% de aquellos cuyo screening resultó negativo. Estas entrevistas se concretaron entre una y cuatro semanas después de la entrevista inicial. Los diagnósticos se realizaron usando una entrevista semi-estructurada desarrollada por los propios investigadores basada en el *check list* de síntomas del DSM-III. Los instrumentos utilizados fueron diferentes y sólo fue entrevistada una proporción limitada de los posibles casos. La sensibilidad y especificidad del QMPA para trastornos específicos no fue nunca informada. Los resultados además entregan prevalencias globales en los diferentes sitios estudiados que varían de una manera muy significativa.

El otro estudio representativo de poblaciones nacionales llevado a cabo en América Latina, aparte del estudio que nosotros hemos realizado en Chile, fue el colombiano, que se llevó a cabo en 1997 usando también el CIDI (21). Este estudio cubrió 15.048 individuos de 12 años y más y entregó tanto prevalencias de un año y de 12 meses como prevalencias de vida para un número no despreciable de trastornos psiquiátricos. Los resultados de este estudio están disponibles en un informe publicado en el Ministerio de Salud del país pero nunca han sido publicados en una revista con comité editorial.

Hay otros cuatro estudios regionales recientes que han utilizado el CIDI y que han sido llevados a cabo y publicados en Latinoamérica. En Brasil, en 1999, 1.464 personas de 16 años y más fueron entrevistadas en una muestra probabilística obtenida de los niveles socioeconómicos medios y altos de un área de derivación de Sao Paulo (22). Otros dos estudios fueron llevados a cabo en México (23, 24). El primero cubrió a la ciudad de México y fue también realizado con un diseño

**Tabla 1**  
PREVALENCIAS DE VIDA DE ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ESTUDIOS REALIZADOS CON DIS O CIDI  
EN DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINO O POBLACIÓN HISPANA DE NORTE AMÉRICA

	ECEP	ECEP 15-24	Colombia (21)	Lima (17)	Ciudad Mexico (14)	Puerto Rico (4)	ECA (8)	MAPSS (7)	NCS (9)
Depresión Mayor	9.2	9.7	19.6	9.7	7.8	4.6	5.6	9.0	18.3
Dístimia	8.0	7.4		3.4	1.5	4.7	4.0	3.3	8.6
Episodio Maniaco	1.9	2.0	1.2	0.9	1.3	0.5	0.7	1.7	0.5
Esquizofrenia	1.8	1.8	1.4	0.6		1.8	0.8		
Ansiedad Generalizada	2.6	2.9	3.1		1.1				6.2
Trastorno de Pánico	1.6	1.8	0.3	2.1	0.4	1.7	1.3	1.7	1.8
Cualquier Fobia	13.9	14.4	3.8	8.5		12.2	17.5		
Agorafobia	11.4	11.8			3.8	6.9	7.7	7.8	6.8
Fobia Social	10.2	10.2			2.2	1.6	3.2	7.4	19.0
Fobia Simple	9.8	9.9			3.0	8.6	12.8	7.4	16.4
Abuso /Depend. Alcohol	10.0	10.2	16.6	18.6	11.3	12.6	16.7	14.4	20.8

multi-etápico incluyendo 1.937 personas entre 16 y 64 años. El segundo estudio usó el CIDI pero fue limitado sólo a los trastornos afectivos. Este estudio involucró 945 adultos entre 15 y 89 años en 33 comunidades rurales (25). El cuarto estudio regional fue conducido en Santiago de Chile usando el CIS-R (Clinical Interview Schedule Revisado) (26). Este estudio entrega sólo prevalencias actuales y cubrió una muestra de 3.870 individuos entre 16 y 64 años (27).

El Estudio Chileno de Epidemiología Psiquiátrica (ECEP) fue desarrollado para determinar la prevalencia y factores de riesgo de las Enfermedades Mentales basados en un muestreo representativo de la población nacional. Este estudio proporciona prevalencias de vida y lápsicas de trastornos psiquiátricos cubiertos por el CIDI que en este caso entrega diagnósticos DSM-III-R.

Es uno de los pocos de los estudios de psiquiatría epidemiológica que se han llevado a cabo en Latinoamérica con una muestra representativa de nivel nacional. Es el primero que usa procedimientos estadísticos apropiados para corregir el diseño muestral y los pesos que aseguran su representatividad o la extrapolación de sus resultados a la población nacional. Aproximadamente uno de cada tres individuos de la población tiene un trastorno psiquiátrico de vida en Chile (36%) y sobre un quinto (22,5%) ha tenido un trastorno en los últimos 12 meses. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en vida fueron agorafobia (11,1%), trastorno depresivo mayor (9,7%) y dependencia al alcohol (6,4%). Para los hombres el trastorno más común fue el abuso de alcohol y dependencia de

alcohol (16,2%), mientras que para la mujer se trató de los trastornos ansiosos (24,9%). Un tercio de aquellos diagnosticados o que recibieron algún diagnóstico tenían un trastorno psiquiátrico comórbido.

Este estudio padece de las mismas limitaciones de la mayoría de otros estudios de prevalencias psiquiátricas transversales. Primero, las prevalencias de vida están basadas en reportes retrospectivos. Segundo, los diagnósticos que finalmente se entregan se basan en el CIDI, que es una entrevista altamente estructurada pero administrada por no clínicos. Adicionalmente la muestra puede no tener el poder estadístico requerido para examinar factores de riesgo en aquellos trastornos psiquiátricos que son menos comunes. La entrevista fue conducida en 4 provincias que conformaron finalmente el estudio chileno de prevalencia psiquiátrica pero que no fueron realizadas al mismo tiempo sino en un período de siete años. Esto, desafortunadamente es un reflejo de las dificultades para obtener el financiamiento adecuado y conducir investigación en los países en desarrollo (32).

Los hallazgos del estudio chileno de prevalencia psiquiátrica son, en alguna medida, similares a los encontrados en otras poblaciones hispánicas. La Tabla 1 entrega una comparación de los resultados del ECEP con otros estudios de prevalencia de vida publicados en las poblaciones hispánicas de Estados Unidos y América Latina utilizando tanto el DIS como el CIDI.

En contraste con aquellos resultados obtenidos en el estudio de la sub-muestra de hispanos del estudio de comorbilidad norteamericano, la tasa de depresión mayor fue considerablemente menor, 9,7% comparado

con un 18,3% y la tasa de trastornos asociados al uso de alcohol, 10,2% comparado con el 20,8% respectivamente. Es concebible pero poco probable que esto pueda ser completamente explicado por diferencias en el método, tales como el uso adicional de pruebas en el Estudio de Comorbilidad (7). Por otro lado, exceptuando Colombia, todos los otros estudios tienen tasas semejantes de depresión mayor. En el estudio de Colombia la distimia no fue considerada como diagnóstico y aquellos individuos que la padecen pueden haber sido incluidos en el sub-grupo de depresión mayor, lo que explicaría la diferencia en las tasas. Las mayores tasas del uso de alcohol o de trastornos asociados al uso de alcohol en Colombia (21) también se pueden deber a que éstos se diagnosticaron utilizando como método de identificación el CAGE (28), que es sólo un instrumento de screening. Por otro lado las tasas igualmente altas del estudio de Lima (18) en el área de los trastornos del alcohol podrían reflejar el muy bajo nivel socioeconómico de la muestra utilizada. Los tres estudios realizados en Estados Unidos (7, 29), considerando sólo las sub-muestras hispánicas, tienen consistentemente tasas mayores de problemas relacionados con el alcohol que los encontrados en todos los estudios realizados en Sudamérica. La tasa de trastornos ansiosos en Chile fue más alta que la de depresión mayor, algo que también es replicado en otros estudios de población hispana de la sub-región sur. La baja tasa de comorbilidad en el estudio chileno de prevalencia psiquiátrica también fue informada por el estudio realizado en ciudad de México con el CIDI (23), en un claro contraste con el estudio de comorbilidad estadounidense, donde esta condición, es decir, la comorbilidad, fue la norma. Las tasas de utilización de servicios de Estados Unidos (30), México (23) y Chile no parecen diferir significativamente. Aun cuando las comparaciones transnacionales son crudas debido a las diferencias metodológicas de los diferentes estudios, creemos que con la inclusión del Estudio Chileno de Prevalencias Psiquiátricas, una visión general más nítida de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en América Latina está claramente emergiendo.

La importancia del rol de la enfermedad mental y la utilización de los servicios de salud para estos problemas y para la discapacidad en general en América Latina, aun cuando está creciendo, no es en nuestra opinión todavía completamente valorada. Los estudios de epidemiología psiquiátrica son un medio para proveer información relevante a las autoridades que estén en posición o en condiciones de asignar recursos para enfrentar el desarrollo de una epidemia de trastornos mentales, que claramente puede ser anticipada en Amé-

rica Latina en la medida que el proceso actual de transición epidemiológica continúe desarrollándose (31).

Sin embargo nuevos estudios se requieren para, por ejemplo, aumentar o afinar el foco en las necesidades de la utilización de servicios, la presencia de comorbilidad médica, la prevalencia de tasas para enfermedades mentales serias y las cada vez más necesarias medidas objetivas de discapacidad.

## REFERENCIAS

1. Murray CJ, López AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Boston, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; distributed by Harvard University Press, 1996.
2. Levav I, Lima BR, Somoza-Lenon M, Kramer M, González R. Mental health for all in Latin America and the Caribbean: epidemiologic bases for Action. *Bol Oficina Sanit Panam* 1989;107:196-219
3. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspective on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Public Health* 1981;72:1271-1279
4. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio M, Bravo M, Martínez R, Sesman M, Guevara M. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727-735
5. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381-389
6. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-1077
7. Vega WA, Kolody B, Agular-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:771-778
8. Karno M, Hough RL, Burnam MA, Escobar JI, Timbers DM, Santana F, Boyd JH. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:695-701
9. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler K. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
10. Wing JH, Nixon J, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Psychol Med* 1977;7:505-516
11. Larraya FP, Casullo MM, Viola FP. Prevalencia de la Patología Mental en la Megalópolis de Buenos Aires. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina); 1982
12. Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1982;28:93-102
13. Aszkenazi M, Casullo MM. Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1984;30:11-20

14. Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Racón ML, Villatoro J, Martínez-Vélez A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment (Mexico City)* 1996;19:14-21
15. Radloff LS, Locke BZ: The community mental health assessment survey and the CES-D scale. In: Weissman MM, Myers MM, Ross CE, eds. *Community Surveys of Psychiatric Disorders*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1986:177-190
16. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10:231-241
17. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental* 1990;6:9-20
18. Yamamoto J, Silva A, Sasao T, Wang C, Nguyen L. Alcoholism in Peru. *Am J Psychiatry* 1993;150:1059-1062
19. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-529
20. Santana V. Estudio epidemiológica das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de Estudos em Saúde* 1982;2:122
21. Torres de Galvis Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1997. Ministry of Health Colombia 1997
22. Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1999;26:1-6
23. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares BE, Saldívar HG. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Ment (Mexico City)* 1999;22(Suppl):62-67
24. Caraveo-Anduaga JJ. *Epidemiologia de la Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México*. Mexico City: Instituto Mexicano de Psiquiatria, 1995
25. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Ment (Mexico City)*. 1999;22(Suppl):68-74.
26. Lewis G, Pelosi AJ. *Manual of the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R)*. London, England: MRC Institute of Psychiatry, 1990.
27. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228-233.
28. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Medica Chile* 2002;130:527-536.

## TEORÍA

# LA BILÓGICA DE IGNACIO MATTE BLANCO: UNA BREVE INTRODUCCIÓN

(Rev GU 2005; 1: 80-85)

Juan Francisco Jordán<sup>1</sup>

En este trabajo me propongo entregar una breve introducción a las ideas de Ignacio Matte Blanco para estimular a los lectores a introducirse en la lectura de la obra del fundador del psicoanálisis en Chile.

Pietro Bria (1995) destaca que la práctica del psicoanálisis propugnada por Matte Blanco hace resaltar la capacidad de tomar contacto con el inconsciente del paciente respetando, simultáneamente, tanto la “autenticidad temperamental” como la individualidad de cada uno de los miembros comprometidos en el proceso analítico. El mismo Bria señala cómo esta capacidad de llegar a ser uno mismo era entendida por Matte como intrínsecamente ligada a la identidad psicoanalítica y cita sus palabras en una entrevista ofrecida antes de su muerte: “La identidad que a mí me gustaría para el hombre psicoanalítico, incluyéndome a mí mismo, es la autenticidad total. Sin embargo, esto es válido para todos los seres humanos. No siento posible hablar de una identidad psicoanalítica que no fuera igualmente esencial para la identidad humana. ¿Por qué? Si uno se encuentra demasiado orgulloso de ser psicoanalista, puede caer en un dogmatismo que inhibe el progreso de la comprensión”.

Consideración de la autenticidad del analista y el paciente, y capacidad para pensar por sí mismo, he ahí dos claves que impregnan la obra de Matte Blanco, ya que la misma, en cierto modo, nos ofrece un modelo formal para poder duplicar, conscientemente, los procedimientos inconscientes. De este modo se privilegian los discursos singulares del pensar del paciente

y el analista por sobre los contenidos. Esto garantiza, en parte, que el analista no inculque a su paciente ya que éste se remite a mostrarle “cómo es que piensa”, sin enjuiciar “lo que piensa”, intentando, al pasar, sustituir los contenidos del pensamiento por otros que pudieran considerarse más adecuados o normales.

Tal vez lo más sustancial de la obra de Matte Blanco se encuentra en tres de sus libros. *Lo Psíquico y la Naturaleza Humana; Hacia un planteamiento experimental* (1954); *The Unconscious as Infinite Sets: An essay in biologic* (1975) y *Thinking, Feeling and Being: A study on the Fundamental Antinomy of Human Beings and the World* (1989). El primer libro mencionado contiene los gérmenes de muchos de sus posteriores desarrollos y puede leerse hoy día como el programa de la investigación que más tarde culminará con la publicación de su obra más importante *The Unconscious as Infinite Sets*.

En una nota al pie del primer libro, *Lo Psíquico y la Naturaleza Humana* (1954) escribe lo siguiente: “El genio de Freud se va lentamente imponiendo sobre las exageraciones en su favor y en su contra. A nosotros nos corresponde liberarnos de prejuicios en todos sentidos, tomar su inspiración y suplir sus deficiencias, evitando sobre todo la manía de criticar a las *personas*, para considerar, en lugar de eso, desapasionadamente el pro y el contra de las *ideas*” (p. 211, cursivas como en el original).

Creo que lo que se enuncia en esta cita condensa, por una parte, el espíritu de la obra de Matte Blanco, en

<sup>1</sup> Asociación Psicoanalítica Chilena.



cuanto en ella intenta, a partir de la inspiración provista por Freud, una superación del mismo y, por otra, nos conmina a evaluar su obra, o la de cualquier autor que sea el caso, prescindiendo de la falacia del argumento *ad hominem*.

El programa de la obra de Matte Blanco se relaciona, en primer lugar, con su apreciación de que los psicoanalistas nos hemos alejado de aquello que, en esencia, es lo más sorprendente del descubrimiento freudiano, cual es, el carácter tan enigmático y misterioso del inconsciente. En sus escritos se pregunta dónde han quedado la atemporalidad y la aespacialidad del inconsciente o la coexistencia simultánea de ideas y sentimientos opuestos en los desarrollos psicoanalíticos contemporáneos. Por esto dice que el psicoanálisis, en un intento de reducir toda la teoría a una lógica científica, bivalente o aristotélica, se ha alejado de sí mismo y en este alejarse pierde lo que le es más esencial, esto es, la comprensión y profundización en la conceptualización de los procesos mentales inconscientes. En segundo lugar, su obra se vincula con una premisa: la de la descriptibilidad de los fenómenos inconscientes. Con ésta se llama la atención hacia un hecho evidente, esto es, que si estos fenómenos fueran simplemente el resultado de un caos, no sería posible ninguna especificación de una regularidad subyacente a los mismos, ya que al describir se parte del supuesto de que existe algún orden susceptible de ser observado y por lo tanto descrito. Esto último es expresado por Matte Blanco cuando argumenta que así como existen leyes en el mundo físico y biológico podemos esperar y suponer que también existen en la dimensión psíquica.

Se puede pensar que las leyes psíquicas buscadas en 1954 en *Lo Psíquico y la Naturaleza Humana*, reaparecen como dos principios lógicos en *The Unconscious as Infinite Sets*. A partir de éstos es posible explicarse de un modo parsimonioso el funcionamiento del sistema inconsciente.

El principio de generalización es formulado en los siguientes términos:

“El sistema inconsciente trata a una cosa individual (persona, objeto, concepto) como si fuera miembro o elemento de un conjunto o una clase que contiene otros miembros; trata a esta clase como una subclase de una clase más general y a esta clase más general como una subclase o un subconjunto de una clase más general y así sucesivamente” (1975, p.38)

El primer principio, al cual más adelante en su obra (Matte-Blanco, 1989) va a denominar principio de abstracción y generalización, es parte de la lógica clásica y

específica a la mente inconsciente como un clasificador que abstrae de los entes la o las características que los hace equivalentes y que, a través de una proposición funcional, permite adscribirlos a una cierta clase o conjunto.

Un interesante ejemplo de esta característica lógica del inconsciente es descrita por Freud (1917), cuando al investigar las trasposiciones del erotismo anal descubre la equivalencia entre los conceptos de heces, pene y niño, señalando que en lo inconsciente éstos son fácilmente permutables entre sí y son difícilmente distinguibles. La equivalencia establecida entre los tres es producto de un proceso de abstracción que permite el conferirles una cualidad común. Al decir de Freud: “Los tres ... son cuerpos sólidos que al penetrar o salir excitan un tubo de mucosa” (pág.123). Se puede apreciar aquí la facultad de lo inconsciente de abstraer y de formar una clase cuya proposición funcional sería: “x es un sólido que al entrar o salir excita un tubo de mucosa”. Todos los elementos que cumplan con esta proposición pasan a formar parte del conjunto.

Por su parte el principio de simetría dice de la siguiente manera:

“El sistema inconsciente trata el converso de cualquier relación como idéntico a la relación. En otras palabras, trata las relaciones asimétricas como si fueran simétricas” (1975, p.38).<sup>2</sup>

Para entender este último principio, junto a sus consecuencias, conviene aclarar que en lógica pueden distinguirse dos tipos de relación, las relaciones asimétricas y las relaciones simétricas. Las primeras son aquellas en las cuales el converso de la relación es distinto de la relación originalmente estipulada. Así, por ejemplo, la relación “Pedro es el padre de Juan” tiene como su converso la relación “Juan es el hijo de Pedro”; es decir, al invertir los términos de la relación ésta cambia. Las relaciones simétricas son aquellas en las cuales la inversión de los términos de la relación no modifica la relación. Por ejemplo, “Juan es el primo de Pedro” que tiene como su converso “Pedro es el primo de Juan”. Puede apreciarse que la relación permanece idéntica a pesar de la inversión llevada a cabo.

<sup>2</sup> El principio de simetría estipula que el converso de cualquier relación puede ser tratado como simétrico lo que no es lo mismo que todas las relaciones. Para evitar confusiones, Eric Rayner ha propuesto modificar este principio destacando que el inconsciente trata *selectivamente* las relaciones asimétricas como si fueran simétricas.

El principio de simetría, como veíamos, estipula que el sistema inconsciente trata cualquier relación asimétrica como si fuera simétrica. Un ejemplo sencillo permite apreciar que una secuencia simple, tal como: "A está antes que B", contiene una relación asimétrica, ya que su converso sería: "B está después de A". Sin embargo, al aplicar el principio de simetría la situación cambia radicalmente, ya que la relación asimétrica: "A está antes que B" es tratada como si fuera simétrica; de modo que si "A está antes que B" entonces "B está antes que A". O, si "Pedro es el padre de Juan" entonces "Juan es el padre de Pedro". Este último ejemplo permite apreciar uno de los corolarios del principio de simetría: "Cuando se aplica el principio de simetría no puede haber sucesión".

El segundo corolario estipula que al aplicarse el principio de simetría la parte propia es necesariamente idéntica al todo. Por ejemplo, al aplicar el principio de simetría la relación de tipo asimétrica "La nariz es parte de la cara", cuyo converso sería "La cara contiene a la nariz como una de sus partes", implica que "La cara es parte de la nariz". Si a su vez "La cara es parte del cuerpo" entonces, aplicando el principio de simetría, "El cuerpo es parte de la cara" y si, a su vez, "El cuerpo es parte de mi ser" entonces "Mi ser es parte de mi cuerpo". De este modo, de alguien con la nariz muy grande podemos llegar a decir: "Es un narigón". Este último enunciado puede, entonces, ser comprendido como el resultado del funcionamiento de los dos principios ya que encontramos generalización: la nariz como un elemento del conjunto de la cara y ésta a su vez como parte, esto es, un subconjunto, del conjunto del cuerpo y el cuerpo como un subconjunto de mi ser; y también simetrizaciones en cuanto se identifica la parte con el todo. Más adelante veremos cómo se relaciona esto con el concepto de conjunto infinito.

Los resultados del funcionamiento simultáneo de estos dos principios son enormes. El principio de simetría constituye el más extraordinario alejamiento de las reglas de la lógica clásica o aristotélica. Sus consecuencias son monumentales. En lo más profundo de lo inconsciente esto implica la ausencia de relaciones asimétricas. Sin éstas es imposible sustentar el principio de contradicción y toda noción de orden total, ya que no hay posibilidad de establecer secuencias ordenadas en el sistema inconsciente. Éstas son necesarias para construir las nociones de tiempo y espacio.

Matte Blanco explica las características del proceso primario descritas por Freud mediante la aplicación de estos dos principios. Como es sabido, estas características son: atemporalidad, desplazamiento, reemplazo de la realidad externa por la realidad psíquica, condensa-

ción y ausencia de negación. Analicemos en mayor detalle tres de estos rasgos del proceso primario.

## ATEMPORALIDAD

Freud la describió señalando que los procesos inconscientes no son alterados por el paso del tiempo. Matte Blanco plantea que esto es una consecuencia de que ellos no están ordenados en una secuencia temporal. Si no hay tiempo no puede existir una alteración por el paso del tiempo. Ahora bien, la ausencia de tiempo es una consecuencia directa del principio de simetría ya que la existencia de una secuencia temporal requiere de relaciones asimétricas del tipo antes y después y como veíamos al aplicar el principio de simetría desaparecen las sucesiones, por lo tanto, es imposible construir un orden temporal. Del mismo modo, es también imposible construir un orden espacial ya que desaparecen las relaciones de contigüidad, de aquí que Matte Blanco se refiera a la aespacialidad del inconsciente, al menos en términos de un espacio tridimensional.

## DESPLAZAMIENTO

En el ejemplo de Freud, relacionado con las trasposiciones de la libido anal, veíamos cómo eran intercambiables heces, pene y niño. Freud lo explica en términos del modelo económico, es decir, la energía libidinal puede desplazarse completamente de una a otra representación en lo inconsciente. Matte Blanco lo explica en términos lógicos, señalando que en el desplazamiento se forma una clase, en acuerdo al principio de abstracción y generalización, y luego, mediante el principio de simetría, trata a los elementos del conjunto como idénticos entre sí, ya que según la aplicación de este principio la parte y el todo se hacen idénticos. De este modo la equivalencia descubierta entre los diversos elementos del conjunto, sobre la base de la cual se forma la clase, es tratada como una identidad de acuerdo con el principio de simetría. Según lo señalado, sólo se puede hablar de desplazamiento cuando un observador describe el inconsciente desde el punto de vista de la lógica asimétrica, ya que, desde la perspectiva de la lógica simétrica, nada se ha desplazado.

## REEMPLAZO DE LA REALIDAD EXTERNA POR LA REALIDAD PSÍQUICA

En rigor, esta característica es una forma particular del desplazamiento. Veamos por ejemplo la identidad establecida en lo inconsciente entre el deseo de eliminar a alguien y eliminarlo realmente, lo cual conduce a la

experiencia de la culpa o a la de sentirse perseguido. Aquí el inconsciente trata el deseo y el hecho como miembros de la misma clase y luego los hace idénticos según la aplicación del principio de simetría. Lo mismo que ya vimos en el desplazamiento.

Como se ha podido apreciar, el inconsciente se encuentra constantemente abocado a la formación de clases. Ahora bien, dentro de las clases o conjuntos, delimitados a través de proposiciones funcionales de creciente generalidad, reina el principio de simetría. El sistema inconsciente, según Matte Blanco, se encuentra organizado como una colección de conjuntos infinitos. Él se vale aquí de la definición de conjunto infinito del matemático Dedekind. Éste descubrió que un conjunto puede definirse como infinito cuando puede colocarse en una relación biunívoca una parte propia del mismo con la totalidad del conjunto. Así, por ejemplo, el conjunto de los números naturales puede ser colocado en una relación biunívoca con el conjunto de los pares, una parte propia del conjunto.

La introducción del concepto de conjunto infinito, como modo de estructurarse el inconsciente, es llevada a cabo a partir de una constatación clínica. Ésta se basa en el hecho de que cuando los seres humanos experimentamos una emoción tenemos la tendencia, desde el punto de vista de los procesos cognitivos que forman parte y conforman a la experiencia emocional, a deslizarnos en el uso de la lógica simétrica para pensar al objeto de nuestra emoción. De este modo, por ejemplo, el objeto amado o el objeto odiado adquiere las características de la totalidad de la clase en la cual se encuentra incluido, la parte se hace igual al todo. Por otro lado, señala que las diferencias entre las emociones y el inconsciente, si existen, están aún por describirse. De este modo se puede comprender que Matte Blanco enuncie enfáticamente que el inconsciente no puede conocer individuos, sólo conoce clases. Así, la emoción es comprendida como intrínsecamente ligada al pensamiento y viceversa, siendo ella una ordenación primaria y rudimentaria de nuestro estar en el mundo. De aquí que Matte Blanco cite a Whitehead, quien definió al pensamiento como emoción proposicional, y frecuentemente a Pascal, cuando manifiesta en sus *Pensées*: "El corazón tiene razones que la razón desconoce."

Según Pietro Bria (1995), se establece así uno de los más sorprendentes isomorfismos descubiertos por este autor, esto es, la similitud encontrada entre la lógica del inconsciente, la lógica de la emoción y la lógica del infinito.

Matte Blanco agrega a la lógica aristotélica, clásica o bivalente, definida por él como lógica asimétrica, dos lógicas más. Éstas son necesarias para poder acceder al

estudio de la totalidad de la mente desde un punto de vista lógico. Estas lógicas por él aportadas son: la lógica simétrica, incapaz de subsistir por sí misma, ya que sólo puede existir entramada en las violaciones a la lógica asimétrica y que reina dentro de las clases definidas por proposiciones funcionales, adquiriendo éstas las características de los conjuntos infinitos; y la bilógica, constituida por las diversas mezclas y relaciones entre la lógica asimétrica y simétrica.

Además de proponer una perspectiva lógica para el estudio de la mente, formula también una concepción ontológica. Esto último lo hace introduciendo las nociones de modos de ser. Aclara que Freud, con la noción de inconsciente, estaba describiendo una forma de ser a la cual nombró por una de sus cualidades negativas, el hecho de carecer de conciencia. Estos modos de ser son el modo de ser homogéneo o indivisible y el modo de ser heterogéneo o divisible. El primero tiende a experimentar la realidad como una totalidad única e inseparable. El segundo, en cambio, tiende a experimentarla como constituida por partes y secuencias. Estos modos de ser se encuentran en una relación antinómica que es irreductible, de modo que existen juntos pudiendo entrar en diversas relaciones, pero nunca se mezclan para constituir otro ser, ya que si así fuera ellos mismos perderían su ser. Estos modos de existir pueden manifestarse lógicamente, ya sea en una lógica simétrica o en una asimétrica. Éstas, a su vez, pueden entrar en diversas combinaciones, la bilógica.

Según Matte Blanco, los seres humanos somos siempre bimodales y frecuentemente pensamos bilógicamente. La emoción, ella misma una estructura bilógica, es la que al parecer articula la dimensión del ser con la del pensar, apoyándose en ella la continuidad y unidad global de nuestra antinómica existencia.

En *Thinking, Feeling and Being* (1988), profundiza en la bilógica del pensar y la bimodalidad del ser del hombre en el mundo. Sus estudios lo llevan a describir varias configuraciones de las posibles relaciones entre la lógica simétrica y asimétrica, como así también de los modos de ser, descubiertas en su trabajo clínico. De este modo vemos aparecer en el pensamiento de nuestro autor un punto de vista estructural. Desde esta perspectiva le es posible definir diversas estructuras bilógicas y bimodales. Cabe tal vez señalar que dentro de las estructuras delimitadas algunas se encuentran en los fenómenos patológicos, como por ejemplo el pensamiento esquizofrénico, a la comprensión del cual Matte Blanco hace un aporte capital. Otras se refieren a nuestro funcionamiento mental cotidiano. De estas últimas es pertinente destacar aquí la estructura bilógica estratificada constitutiva y la estructura tridim.

La primera provee una descripción del mundo interno concebido como una estructura biológica. Es constitutiva y estratificada porque la misma describe toda la organización de la mente en estratos de acuerdo a la delimitación de clases cada vez más generales que a su vez se encuentran simetrizadas. De este modo se establece un continuo entre el consciente y el inconsciente (o si queremos ser más precisos: en términos de la teoría biológica, entre el ser asimétrico, heterogéneo o divisible y el ser simétrico, homogéneo o indivisible), sobre la base del nivel de generalización de las clases simetrizadas. En el primer nivel del primer estrato de esta estructura encontramos objetos singulares bien delimitados y distinguibles, es el nivel más asimétrico en el cual todos los objetos pueden distinguirse entre sí; en el segundo nivel del primer estrato, estos objetos pueden relacionarse entre sí sobre la base de sus similitudes y diferencias. En el segundo estrato hacen su aparición las emociones experimentadas conscientemente. En el tercer estrato tropezamos con emociones más intensas y escindidas. Por ejemplo, el amor separado del odio; ambos vinculados a su vez con clases simetrizadas, por ejemplo, la de los pechos buenos y la de los pechos malos. Aquí hallamos también las fantasías canibalísticas descritas por Melanie Klein asociadas a intensos impulsos agresivos. En el cuarto estrato descubrimos clases aún más generales en las cuales desaparecen, por ejemplo, las diferencias entre hombres y mujeres. Este estrato se relaciona, probablemente, con el mundo de la perversión. Aquí ya no se halla agresión y desaparecen la noción del tiempo y las contradicciones. En la quinta zona y más en lo profundo, la simetría es tan grande que el pensar tal como lo conocemos se hace imposible ya que todo se iguala con todo. Al final de la estructura se encuentra el modo de ser indivisible. Sin embargo, a pesar que cada uno de los estratos constituyentes de la estructura se encuentra delimitado y separado de los demás, simultáneamente se encuentra influyendo, de un modo misterioso, en todos los otros. Se hace entonces así presente continuamente el modo homogéneo e indivisible en el modo heterogéneo y divisible y viceversa. He destacado esta estructura porque además de su relevancia, concerniente al hecho de ser una descripción de toda la mente, me parece importante porque permite conceptualizar el sistema inconsciente o su heredero, el Ello, como también provistos de cierta estructura. Esto es impensable en la teoría freudiana en donde la energía proveniente del Ello y la estructura del Yo se encuentran separadas ocupando diferentes regiones psíquicas. Se abre así la posibilidad de indagar en las consecuencias mentales profundas del trauma psíquico

co en el marco de la relación con el ambiente, en tanto y en cuanto los eventos traumáticos podrían impedir la formación de las estructuras mentales inconscientes necesarias para el desenvolvimiento vital o destruir las ya existentes.

La estructura biológica tridim por su parte se evidencia frecuentemente en nuestra vida onírica aunque también está presente en la vigilia. Según Matte Blanco, en los sueños se tridimensionaliza el espacio multidimensional del inconsciente. Aplica aquí, a la comprensión de la vida mental, nociones geométricas. Éstas se refieren a la proyección de un espacio de mayores dimensiones en un espacio de menores dimensiones. En estas representaciones encontramos una repetición, en el espacio de menores dimensiones, de ciertos elementos que son singulares en el espacio de mayores dimensiones. El desplazamiento y la condensación presentes en los sueños son comprendidos como una representación en el espacio tridimensional del sueño, de seres psíquicos que en el espacio multidimensional del inconsciente ocupan un solo espacio.

Es sorprendente constatar que Freud se encontraba fantaseando en términos de espacios multidimensionales cuando, en *El malestar en la cultura* (1930), enfrenta el problema de la preservación de lo psíquico en la realidad interna y es como para quedar lleno de asombro cuando se comprueba que la fantasía que elabora es con Roma. En efecto, imagina a la amada ciudad de Ignacio como: "...un ser psíquico cuyo pasado fuera igualmente extenso y rico, un ser en que no se hubiera sepultado nada de lo que una vez se produjo, en que junto a la última fase evolutiva pervivieran todas las anteriores. Para Roma esto implicaría que sobre el Palatino se levantarían todavía los palacios imperiales y el Septizonium del Séptimo Severo seguiría coronando las viejas alturas; que el castillo de Sant'Angelo aún mostraría en sus almenas las bellas estatuas que lo adornaron hasta la invasión de los godos, etc. Pero todavía más: en el sitio donde se halla el Palazzo Cafarelli seguiría encontrándose, sin que le hiciera falta remover ese edificio, el templo de Júpiter capitolino; y aun éste, no sólo en su última forma, como lo vieron los romanos del Imperio, sino al mismo tiempo en sus diseños más antiguos, cuando presentaba aspecto etrusco y lo adornaban antefijas de arcilla. Donde ahora está el Coliseo podríamos admirar también la desaparecida *domus aurea*, de Nerón, en la plaza del Panteón no sólo hallaríamos el Panteón actual, como nos lo ha legado Adriano, sino, en el mismísimo sitio, el edificio originario de M. Agripa; y un mismo suelo soportaría a la iglesia María sopra Minerva y a los antiguos templos sobre los cuales está edificada" (pp.70-71).

Sin embargo, en el siguiente párrafo desecha continuar con su fantasía, aduciendo que conduce a lo irrepresentable y absurdo, agregando a continuación: "Si queremos figurarnos espacialmente la sucesión histórica, sólo lo conseguiremos por medio de una contigüidad en el espacio; un mismo espacio no puede llenarse doblemente" (pág.71).

La noción del inconsciente en términos de un espacio multidimensional desarrolla aquello que Freud claramente vislumbró pero que tal vez no pudo continuar pensando por no contar con las herramientas conceptuales para ello. Matte Blanco señala que el concepto de espacio multidimensional es necesario para lograr una representación espacial del principio de simetría.

Se establece así una suerte de correspondencia ontológica-lógica-espacial entre el ser homogéneo e indivisible, la lógica simétrica y el espacio multidimensional por un lado, y el ser heterogéneo y divisible, la lógica asimétrica o bivalente y el espacio tridimensional por el otro. Las estructuras bilógicas vitales facultan la constante permeabilidad y el mutuo enriquecimiento entre estos modos de ser, lógicas y espacios y es tarea del analista transformar las estructuras bilógicas no-vitales en vitales a través de la búsqueda de los isomorfismos entre ambas.

Son innumerables las preguntas y los desarrollos futuros que se plantean al indagar en el asombroso y maravilloso mundo que se abre en la obra de Ignacio Matte Blanco. Además de este poderoso estímulo, estudiarlo significa tomar seriamente en cuenta el infinito en la investigación de la mente inconsciente del hombre y así no perder de vista que somos seres finitos e incompletos, abiertos al infinito por el deseo, ya que, como lo expresa Zellini (1991) citando a Leopardi: "La índole más profunda del deseo es su proyección en

un objeto absoluto e inexistente, no identificable con ningún placer definido, y sucede por consiguiente que semejante índole «comporta materialmente la infinitud, porque todo placer se está circunscrito, más no así el placer, cuya extensión es indeterminada, y como el alma ama sustancialmente el placer, abarca toda la extensión imaginable de ese sentimiento, sin poderla empero ni siquiera concebir, porque no se puede formar una idea clara de una cosa que desea ilimitada». Consecuencia de lo anterior es que el logro de un objeto deseado, sea cual fuere, al ser éste limitado y circunscrito, aporta una especie de vacío al alma, un dolor anticipado ante el descubrimiento de su carácter ilusorio y por la prefiguración de su fin. Sucede entonces que el placer infinito que no se puede encontrar en la realidad halle su lugar ideal en la imaginación, y de ahí el carácter ficticio de todas nuestras esperanzas e ilusiones." (pág.25).

## REFERENCIAS

- Bria P. Ignacio Matte Blanco. Obituario, 1995. No publicado.
- Freud S. El malestar en la cultura. A.E.XXI. Amorrortu Editores: Buenos Aires, 1930
- Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. A.E. XVII. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1917
- Matte-Blanco I. Lo psíquico y la naturaleza humana. Editorial Universitaria, Santiago, 1954
- The Unconscious as infinite sets. An essay in bi-logic. Duckworth, London, 1975
- Thinking, feeling and being. Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and the world. Routledge, London, 1988
- Bi-logical psycho-analytical technique. A proposal. Presentado en el 36º Congreso Internacional de la A.P.I. celebrado en Roma, Agosto 1989
- Rayner E. Unconscious Logic. An introduction to Matte Blanco's bi-logic and its uses. Routledge, London, 1995.
- Zellini P. Breve Historia del Infinito. Ediciones Siruela, Madrid, 1991

## ARTÍCULO

# ¿ENFERMEDAD BIPOLAR O DÉFICIT ATENCIONAL?

(Rev GU 2005; 1:86-91)

Alberto Botto<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

En general se tiende a pensar que la Enfermedad Bipolar (EB) es infrecuente en la población infanto-juvenil. Sin embargo, cerca del 20-40% de los pacientes adultos presenta su primer episodio durante la adolescencia, con una incidencia máxima entre los 15 y 19 años. Por lo tanto, la aparición de síntomas precoces de la EB en niños y adolescentes es un tema que cada día genera más interés. Esta preocupación se basa en distintos aspectos, especialmente los relacionados con las dificultades que plantea el diagnóstico.

Debido a la superposición de síntomas con otros cuadros, los cambios propios del desarrollo y la variabilidad en la presentación clínica, los errores diagnósticos no son infrecuentes; así, en ocasiones la EB es confundida con Trastornos Conductuales, Esquizofrenia o con el Síndrome de Déficit Atencional (SDA).

La importancia de un adecuado diagnóstico radica en que a partir de él es posible establecer un pronóstico y un tratamiento adecuados. En relación a esto último, se sabe que el uso de psicofármacos no es inocuo, y que una indicación errónea puede agravar el cuadro o empeorar el curso clínico de una enfermedad (por ejemplo, la aparición de viraje o inducción de ciclos rápidos en la EB por el uso de antidepresivos).

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión de las características propias de la EB en la infancia, su relación y diferenciación con el SDA, tomando como referencia el marco conceptual de la comorbilidad en psiquiatría y sus implicancias clínicas.

## ASPECTOS HISTÓRICOS

Las Enfermedades del Ánimo fueron inicialmente descritas por Hipócrates hace 25 siglos. Areteo de Capadocia (año 150 d.C.) observó por primera vez en un mismo paciente la alternancia de exaltación anímica y melancolía. Describió la Manía como una enfermedad de varones, adolescentes y jóvenes que conducía en forma intermitente a "hábitos activos... borrachera, lascivia". Durante varios siglos no se le prestó atención a estos cuadros, hasta que dos discípulos de Esquirol, Falret ("Insania circular") y Baillarger ("*Folie a Double Forme*") redescubrieron la enfermedad alrededor de 1850.

Una estricta metodología y rigurosas observaciones permitieron a Kraepelin (1856-1926) sistematizar gran parte del conocimiento psiquiátrico de su época. Así, la EB fue establecida como una entidad clínica independiente. En sus análisis, Kraepelin describió que la Manía rara vez ocurría en la infancia (0.4% antes de los 10 años) y que su aparición se incrementaba significativamente a partir de la pubertad.

Anthony y Scott (1960) revisaron la literatura psiquiátrica desde 1884 hasta 1954 y concluyeron que la ocurrencia de manía-depresión durante la infancia temprana era un fenómeno clínico que debía ser demostrado. Criticaron los estudios previos por no contar con un adecuado seguimiento de los casos hacia la adultez y establecieron la base para futuras investigaciones, separando los casos de EB que aparecían en la infancia de aquellos que lo hacían en la adolescencia. Del total de casos reportados como Manía, sólo el 5% reunió los cri-

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

terios elaborados por los autores para dicha afección: 1. Un estado psiquiátrico anormal según las descripciones clásicas de Manía; 2. Una historia familiar positiva de Manía; 3. Historia de ciclotimia o episodios maníacos o depresivos; 4. Presencia de dos o más episodios similares; 5. Patrón difásico; 6. Origen Endógeno; 7. Necesidad de tratamiento intrahospitalario, sedación intensa o terapia electroconvulsiva; 8. Personalidad anormal subyacente; 9. Ausencia de esquizofrenia o enfermedades orgánicas; 10. Diagnóstico basado fundamentalmente en el episodio actual y no en la historia.

A pesar de la rigurosidad de los criterios mencionados, o, tal vez debido a ella, se hizo necesario revisar nuevamente el cuadro clínico a que aludían y replantear sus características diagnósticas. Así, se incluyeron elementos como (Weinberg y Brumback, 1976): duración mínima del cuadro de 1 mes, presencia de ánimo eufórico o irritable asociado a al menos tres de los siguientes síntomas: comportamiento hiperactivo e intrusivo, presión del pensamiento, fuga de ideas, grandiosidad, alteración del patrón del sueño, distractibilidad. En 1979 Davis dividió los síntomas en primarios (síntomas afectivos, historia familiar, hiperactividad, alteración crónica de las relaciones interpersonales, ausencia de alteración psicótica del pensamiento) y secundarios (signos neurológicos suaves, alteración del sueño, alteración del EEG, evidencia de disfunción cerebral mínima y enuresis). Por su parte, Akiskal (1977, 1979) reportó, en una población de pacientes adultos ciclotímicos, la presencia de síntomas bifásicos e insidiosos caracterizados por períodos hipomaniacos y subdepresivos de comienzo en la adolescencia e, incluso, en etapas más precoces. Estas observaciones establecerían las bases para el desarrollo conceptual del denominado "espectro bipolar".

Finalmente, desde 1980, con la introducción de los sistemas clasificatorios DSM-III y III-R, en la población infanto-juvenil se utilizan los mismos criterios diagnósticos especificados para la Manía del adulto, a los que se han agregado algunas modificaciones en relación a la edad y etapa del desarrollo.

## EPIDEMIOLOGÍA

Los datos epidemiológicos de las enfermedades psiquiátricas del niño y el adolescente aún generan controversia. Los cuadros afectivos, y en especial la EB, no han permanecido ajenos a esta discusión.

Como vimos, diversos autores han utilizado criterios heterogéneos al momento de definir las características clínicas y, por lo tanto, establecer el diagnóstico de EB. En consecuencia, los datos de prevalencia e inci-

dencia han sido motivo de constante revisión. Aunque parece haber consenso en que la prevalencia, al menos en la población adolescente, es similar a la adulta (1%), se ha observado que un elevado número de pacientes (cerca al 5,7%) experimenta períodos de exaltación anímica, pudiendo correlacionarse con estados subsindrómicos de la EB. La distribución por sexo se ha estimado similar para hombres y mujeres.

Un aspecto a considerar es la observación de algunos autores en relación al subdiagnóstico de EB en la infancia. Este dato ha sido corroborado por estudios en poblaciones de pacientes hospitalizados y también por la presencia de bipolaridad en parientes cercanos, quienes suelen no ser diagnosticados y, por lo tanto, presentan mayor dificultad en reconocer los síntomas en el niño o adolescente.

Los estudios señalan que el 20-40% de los adultos diagnosticados con EB manifiestan sus primeros síntomas durante la infancia y adolescencia, siendo el episodio depresivo la forma de presentación inicial de mayor frecuencia. Esto es consistente con el alto grado de conversión entre depresión prepuberal y manía prepuberal (20-37%), lo que podría indicar alguna dificultad en el diagnóstico inicial.

En relación al SDA, los estudios de prevalencia indican que se presenta en el 3-5% de los niños en edad escolar, siendo mayor en hombres (4-5:1). Un dato importante es que en un alto porcentaje de casos (40-60%), los síntomas pueden persistir en la edad adulta.

Las cifras de comorbilidad aún están en discusión. Existen datos que indican que un 57-98% de adolescentes con EB presentarían criterios diagnósticos para SDA. La superposición diagnóstica, sin embargo, es asimétrica. En el caso de la población infanto-juvenil con SDA, sólo el 20-23% presentaría criterios diagnósticos para EB.

## LOS PROBLEMAS DEL DIAGNÓSTICO Y LA COMORBILIDAD

Hasta hace poco se pensaba que los niños no se deprimían. Sin embargo, hoy se sabe que sí lo hacen, sólo que, debido a una inmadurez neurobiológica, las manifestaciones clínicas son distintas a las del adulto, predominando la sintomatología ansiosa. La explicación consistiría en que para que se manifieste la depresión debe existir un sustrato neurobiológico adecuado dado por la interacción de al menos tres sistemas neurotransmisores: el dopaminérgico, el serotoninérgico y el noradrenérgico. En el niño, el sistema que se desarrolla más precozmente es el dopaminérgico, luego el serotoninérgico (ambos relacionados con la génesis

de la angustia) y, en forma más tardía el noradrenérgico. De esta manera, en etapas precoces del desarrollo, dada la inmadurez de los sistemas neurotransmisores, la angustia podría ser la manifestación de una depresión. Por lo tanto, aunque los criterios diagnósticos para Manía y Depresión sean, en la actualidad, similares para adultos y niños, no hay que olvidar que existen diferencias dadas por la edad y el desarrollo neuropsicológico. En ese sentido, el carácter de atipicidad de las manifestaciones anímicas en la población infanto-juvenil hace que el diagnóstico y el diagnóstico diferencial sean un verdadero desafío.

Una característica importante de la Depresión diagnosticada inicialmente como Unipolar es el alto porcentaje de conversión a Manía (20-37%). Factores predictores de evolución hacia la bipolaridad son: antecedentes familiares de Manía, inicio agudo de los síntomas, retardo psicomotor, psicosis congruente con el estado anímico, falta de respuesta a antidepresivos y la presencia de viraje farmacológico.

Cada día la evidencia apunta a que los niños no sólo sufren de Depresión Unipolar sino que también desarrollan Manía con una incidencia no despreciable. Ésta se caracteriza por irritabilidad intensa y persistente, impulsividad, curso crónico (a diferencia del adulto) y una mayor frecuencia de síntomas psicóticos y episodios mixtos. La comorbilidad es alta, especialmente con SDA, Trastornos Conductuales y Trastornos Ansiosos.

Muchos factores se han propuesto para explicar el problema de las dificultades diagnósticas en la EB. El elevado porcentaje de cuadros mixtos y cicladores rápidos hace que fácilmente se confunda con otras manifestaciones, incluidos los Trastornos Conductuales. Por otra parte, clásicamente se ha considerado a la EB como un cuadro de aparición tardía que rara vez se presenta en la niñez, lo cual, sumado a su relativa baja incidencia, hace que muchas veces no sea una opción diagnóstica de primera línea. Finalmente, se ha observado que muchos pacientes con alteraciones anímicas y deterioro significativo no cumplen con todos los criterios requeridos para el diagnóstico de EB según el DSM-IV, siendo con frecuencia diagnosticados como otros cuadros. En estos casos, mientras el origen del cuadro sea incierto y con el fin de evitar futuros errores, algunos recomiendan utilizar como diagnóstico de trabajo el de EB No Especificada. La importancia de pesquisar este tipo de manifestaciones subsindromales es que se ha visto que un adecuado manejo farmacológico mejora notablemente el funcionamiento psicosocial a largo plazo.

Actualmente se considera que el SDA presentaría subgrupos específicos definidos por su comorbilidad. Estos pacientes presentarían un mayor riesgo de sufrir

alteraciones psicopatológicas severas y una peor respuesta al tratamiento.

El problema de la comorbilidad ha sido entendido de diversas maneras:

1. Como diferentes expresiones de una misma enfermedad.
2. Como la coexistencia de dos enfermedades distintas.
3. Como la expresión de vulnerabilidades (genéticas, psicosociales) similares.
4. Como la manifestación de subtipos dentro de una enfermedad heterogénea.
5. Como la expresión de un cuadro a consecuencia de otro.
6. Como la manifestación temprana de un cuadro mayor.

En la práctica clínica es frecuente que un paciente cumpla con criterios diagnósticos para EB y SDA. Sin embargo, la relación entre estas enfermedades no está clara. Se ha planteado que podría tratarse de un *continuum* dentro de una misma dimensión sindrómica, de la coexistencia de dos enfermedades distintas o, simplemente, de un error diagnóstico.

Para confirmar la naturaleza de la asociación entre SDA y su comorbilidad se han desarrollado diversas hipótesis, basadas en estudios retrospectivos, longitudinales, familiares y genéticos. Así, se ha planteado que: 1. El SDA y su comorbilidad son entidades etiológicamente independientes; 2. El SDA y su comorbilidad presentan factores etiológicos hereditarios comunes; 3. El SDA asociado a su comorbilidad corresponde a un subtipo especial de enfermedad (en este caso las enfermedades se transmitirían como una sola unidad y no en forma independiente, es decir, *cosegregadas*).

Existe evidencia que niños con SDA y síntomas maníacos asociados presentan más dificultades que aquellos sin síntomas maníacos. Además se han descrito en ellos diferencias en el perfil sintomático, patrón de asociación y respuesta terapéutica. Estas observaciones sugieren la presencia de un subtipo clínico de SDA, pero no confirmarían que los síntomas maníacos en el niño con SDA representen un estado prodrómico de la EB clásica de tipo I.

En contraposición a lo anterior, para algunos autores los síntomas precoces de hiperactividad serían precursores de una EB manifestada más tardíamente en la etapa prepuberal. Esto sería consistente con el hallazgo de una mayor prevalencia de SDA en pacientes bipolares de inicio prepuberal en comparación a los de inicio adolescente.



En un estudio de 140 niños con SDA y 120 controles sanos, utilizando criterios DSM III-R basado en una entrevista estructurada, se detectó EB en el 11% de la población con SDA, mientras que 0% en la población control. En los casos con EB, el ánimo rara vez fue eufórico sino más bien irritable y con una alta incidencia de episodios mixtos. Además, en el seguimiento a 4 años se detectó EB en un 12% adicional. El análisis retrospectivo de estos casos demostró un alto índice inicial de comorbilidad, mayor severidad de los síntomas del SDA y mayor frecuencia de antecedentes de depresión en la familia. A pesar de que estos hallazgos indicarían que los niños con SDA presentan un mayor riesgo de desarrollar EB, en la actualidad no existen estudios longitudinales que establezcan una clara asociación entre síntomas maníacos asociados a SDA del niño con la presencia de EB en el adulto.

En otro estudio (Hazell *et al.*, 2003) de seguimiento de pacientes con diagnóstico en la infancia de SDA y Manía, se comprobó que los síntomas maníacos no fueron predictores de EB en el adulto, pero sí de un peor funcionamiento global.

Siguiendo con lo anterior, actualmente se piensa que la presencia de síntomas maníacos sería un indicador independiente de mayor severidad psicopatológica y peor funcionamiento a largo plazo.

En resumen, parece haber consenso en reconocer la existencia de un subgrupo de pacientes con SDA especialmente severo caracterizado por múltiple comorbilidad, disregulación afectiva y agresión. De éstos, algunos cumplirían criterios para Manía e, incluso, para EB. Sin embargo, la explicación de este fenómeno aún es incierta. Para algunos se trataría de fases tempranas (o prodrómicas) de la EB, mientras que para otros consistiría en una entidad clínica totalmente distinta y con una marcada agregación familiar. Lo que sí parece ser más claro es que la presencia de síntomas maníacos indicarían una mayor severidad del cuadro y se asociarían a un peor pronóstico y a un manejo clínico más dificultoso.

## LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La actual definición clínica del SDA plantea similitudes con las enfermedades afectivas, especialmente en las alteraciones de la psicomotricidad, del pensamiento y concentración; no así con las manifestaciones anímicas propiamente tales.

Un aspecto que hace difícil el diagnóstico diferencial es que en el niño la Manía se presenta con más irritabilidad que euforia. Además los síntomas suelen ser insidiosos, de manifestación temprana y, a diferencia

del adulto, de curso crónico. Otros aspectos relevantes son la alta frecuencia de episodios mixtos, ciclos rápidos, suicidalidad, síntomas psicóticos, alteraciones de conducta, ansiedad y distimia.

Otro elemento de confusión en el diagnóstico está dado por la superposición de síntomas entre EB y SDA. La distractibilidad, impulsividad, irritabilidad, hiperactividad, disminución de la atención y labilidad emocional son características de ambas condiciones. Algunos autores han encontrado que, cuando se sustraen los síntomas comunes a ambas condiciones, prevalece el diagnóstico de SDA. Este dato es concordante con la observación de que niños con SDA y niños con Manía presentarían puntajes similares en el Test de Conners, mientras que sólo estos últimos tendrían una puntuación significativamente mayor en la Escala de Manía. A pesar de lo anterior, algunos autores indican que no existirían grados importantes de superposición de síntomas. Esto podría explicarse por las dificultades metodológicas en la investigación nosológica (por ejemplo, en la homogenización de las muestras).

Aspectos distintivos de la Manía serían el curso episódico y la presencia de grandiosidad y ánimo eufórico. Sin embargo, como vimos, estas características son poco frecuentes en la EB infanto-juvenil. Con respecto a la irritabilidad de la EB, ésta suele ser más severa y con reacciones explosivas asociadas a violencia persistente hacia personas y cosas.

La importancia de un adecuado diagnóstico radica fundamentalmente en el establecimiento de un pronóstico y en la implementación de un tratamiento específico.

La presencia de falsos negativos para SDA podría retrasar la implementación de intervenciones preventivas destinadas a mejorar el funcionamiento a largo plazo. Por otra parte, el diagnosticar erróneamente una EB en un niño con SDA (falso positivo) implicaría utilizar fármacos a largo plazo (como estabilizadores del ánimo o antidepresivos), cuyo efecto aún no está completamente esclarecido, tanto en el aspecto terapéutico propiamente tal, como en el perfil de efectos adversos y contraindicaciones.

Por otro lado, se ha observado que la sola presencia de síntomas maníacos sería un indicador de severidad psicopatológica dada por una mayor asociación con disregulación anímica, desórdenes conductuales, Depresión Mayor y Trastornos Ansiosos. Por lo mismo, el reconocimiento de un episodio maníaco y su distinción con otros cuadros psiquiátricos permitiría predecir un tipo de evolución potencialmente dificultosa.

Todo tratamiento, sea farmacológico o psicoterapéutico, debe basarse en un adecuado diagnóstico. La utilización de psicofármacos podría ser contraproducente si no está sustentada en un adecuado criterio clínico, especialmente cuando se trata de enfermedades cuya manifestación puede ocasionar confusión.

El manejo de la EB considera el tratamiento de la fase aguda y el de mantención (cuyo objetivo es prevenir las recaídas y recurrencias). Para las fases maníacas se ha demostrado utilidad de fármacos como el Litio, Ácido Valproico y Carbamazepina. En este caso los antidepresivos (por el riesgo de viraje) o los psicoestimulantes podrían ser perjudiciales.

En el caso del SDA se considera a los psicoestimulantes como fármacos de primera línea (Metilfenidato, Dextroanfetamina, Pemolina). Además, se han utilizado otros fármacos como antidepresivos Tricíclicos: Bupropión y Venlafaxina. Los estabilizadores del ánimo e inhibidores de la recaptura de serotonina parecieran no tener una clara indicación.

La presencia de síntomas maníacos en forma independiente sería un factor predictor de buena respuesta al uso de estabilizadores del ánimo. Además, se ha observado que pacientes con Manía y antecedente de SDA tendrían una menor respuesta al uso de litio.

Por último, en la implementación del tratamiento es necesario considerar la comorbilidad ya que las estrategias deberán ser más agresivas cuando se diagnostiquen ambos cuadros (SDA más EB), debiendo, incluso, combinar fármacos (por ejemplo, estabilizadores más estimulantes) con el consecuente riesgo de aparición de efectos adversos.

## CONCLUSIONES

A pesar de los importantes avances en el área de la neurociencia y la industria farmacológica, los análisis clínico y psicopatológico siguen siendo una herramienta indispensable en la práctica médica psiquiátrica.

El problema de la comorbilidad no sólo plantea un desafío en términos epidemiológicos sino también nosológicos e incluso etiológicos. Cuando nos enfrentamos a un paciente con una determinada sintomatología, ¿estamos frente a dos enfermedades distintas o frente a una sola enfermedad con manifestaciones heterogéneas?, ¿el origen de los síntomas es similar en ambos casos o son la representación de fenómenos psicopatológicos cuya naturaleza es esencialmente diversa?, al indicar un fármaco o psicoterapia, ¿estamos tratando los síntomas o la enfermedad?

Éstas y otras interrogantes surgen al momento de enfrentar a un paciente cuyo diagnóstico no es categórico.

Como vimos, en la EB el diagnóstico diferencial constituye un importante desafío. Cuadros como el SDA pueden presentar síntomas similares, pero el tratamiento y el pronóstico difieren en ambos casos. Más aún, un tratamiento inadecuado puede tener consecuencias perjudiciales en el manejo agudo y a largo plazo.

La relación entre EB y SDA no se ha esclarecido del todo. Actualmente parece haber más dudas que certezas. Sin embargo, existen ciertos aspectos que es necesario destacar.

Debido a la superposición de manifestaciones, siempre se deberá descartar bipolaridad en un paciente con diagnóstico de SDA que presente inestabilidad anímica, irritabilidad y conducta agresiva. Para esto es esencial contar con una rigurosa historia familiar donde se investigue dirigidamente la presencia de enfermedades del ánimo.

Aunque no se ha demostrado que los síntomas maníacos en niños con SDA en la infancia sean predictores de bipolaridad en la adultez, sí pareciera haber consenso en que su presencia sería un indicador de mayor gravedad psicopatológica y, por lo tanto, de un peor pronóstico y un tratamiento más dificultoso.

La diversidad de manifestaciones clínicas en el niño, dada por las variaciones propias del desarrollo, hace que sea más difícil operacionalizar las definiciones de los problemas conductuales en esta población. Así, algunos se preguntan si la "grandiosidad" como manifestación de exaltación anímica ¿será lo mismo para un niño de 7 años que para uno de 15?

Otro punto importante tiene relación con la persistencia del diagnóstico de EB a largo plazo, en el sentido de que no existen estudios prospectivos concluyentes que validen la estabilidad de los diagnósticos en la población infanto-juvenil. Por lo anterior, es posible pensar que existe un amplio margen de manifestaciones "intermedias" entre la psicopatología del niño, el adolescente y el adulto, donde es difícil establecer diferencias categóricas. Apoyando esta idea, algunos han planteado que los síntomas maníacos no necesariamente remitirían a la EB sino que serían parte de un síndrome y, por lo tanto, la manifestación de patologías de distinta naturaleza.

Aunque la relación entre EB y SDA se explique por el azar, el *continuum* o sólo sea un error diagnóstico, el hecho de que existan síntomas de ambos cuadros es un indicador de mayor severidad y dificultad terapéutica, y por lo tanto habrá que tener especial cuidado en el análisis psicopatológico, la implementación del tratamiento y el seguimiento a largo plazo.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington DC. American Psychiatric Association, 1994
2. Berríos G, Porter R. *A History of clinical Psychiatry*. The Athlone Press 1995
3. Geller B, Luby J. Child and Adolescent Bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1168-1176
4. Goodwin F, Jamison K. *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press 1990
5. Grau A, Meneghello J, editores. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Editorial Panamericana, 2000
6. Hazell P, Carr V, Lewin T, Sly K. Manic symptoms in young males with ADHD predict functioning but not diagnosis after 6 years. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(5):552-560
7. Hirshfeld R. Bipolar Spectrum Disorder: improving its recognition and diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (suppl 14):5-9
8. Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Intermédica. 1997
9. Keck P, McElroy S. Clinical Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of Antimanic and Mood-stabilizing Medications. *J Clin Psychiatry* 2002;63(suppl 4)
10. Kim E, Miklowitz D. Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disorders* 2002;4:215-225
11. Montenegro H, Guajardo H. *Psiquiatría del niño y del adolescente* (2° edición). Editorial Mediterráneo, 2000
12. Practice Guideline for the treatment of patients with Bipolar disorder (Revision). *Am J Psychiatry* 2002; 159:4 (suppl)
13. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:10(suppl)
14. Spencer T, Biederman J, Wozniak J, Wilens T. Attention deficit hyperactivity disorder and affective disorders in childhood: continuum, comorbidity or confusion. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:73-79
15. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinic of North America* 1999;46:5(915-927)
16. Weller E, Weller R, Fristad M. Bipolar Disorder in Children: misdiagnosis, underdiagnosis and future directions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:709-714.

ENSAYO

# LA ESPIRITUALIDAD, DIMENSIÓN OLVIDADA DE LA MEDICINA

(Rev GU 2005; 1: 92-101)

Juan Pablo Jiménez<sup>1</sup>

*Ignoramos por completo la naturaleza del espíritu. Ignoramos igualmente sus relaciones con la materia (incluso con las células cerebrales), de la misma forma que ignorábamos antes las relaciones entre la luz y la materia. (Alexis Carrel, Premio Nóbel de Medicina y Fisiología 1912. Fragmentos del Diario, 27.10.1941.)*

## INTRODUCCIÓN: MEDICINA Y ESPIRITUALIDAD, ¿DOS MUNDOS SEPARADOS?

Desde sus comienzos remotos, medicina, espiritualidad y religión estuvieron estrechamente unidas. Sin embargo, a partir del Renacimiento y de la Ilustración, es decir, con el nacimiento de la Modernidad, la religión y las preocupaciones espirituales fueron progresivamente consideradas como un obstáculo para el desarrollo científico de la medicina o, al menos, como ataduras emocionales de poco valor frente a la batalla en contra de la enfermedad.

Por cierto, la Modernidad es un fenómeno complejo que abarca dimensiones económicas, sociales, políticas e intelectuales. Pero *moderna* es también una forma de conciencia de sí, un modo específico de experimentar la vida. "La edad moderna se define a sí misma como el reino de la razón y de la racionalidad, que han desplazado a la religión, a los prejuicios y supersticiones, a las

costumbres tradicionales. De allí nace en ella un sentimiento poderoso de confianza en sí misma, de superioridad tanto con respecto al pasado como con respecto a otras sociedades donde todavía ésta no ha llegado".<sup>2</sup> Este sentimiento de superioridad ha tenido efectos profundos y divide las aguas de la medicina actual en una medicina científica, propiamente "moderna", que nace y se desarrolla en Europa y en los países que se ven a sí mismos como occidentales y otra medicina que, desde un punto de vista de superioridad etnocéntrica, se la ha visto como popular, tradicional o, más recientemente, como alternativa.

El discurso ilustrado destacó las ideas de ciencia, progreso y razón. En 1784 Kant definió la Ilustración como "la liberación del hombre de su culpable incapacidad, [donde] incapacidad significa la imposibilidad de servirse de la propia inteligencia sin la guía de otro." Para Kant, "esta incapacidad es culpable, porque su causa no reside en la falta de inteligencia sino de

<sup>1</sup> Doctor en Medicina, Universidad de Ulm (Alemania). Profesor Asociado, Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Miembro Titular en función didáctica, Asociación Psicoanalítica Chilena (IPA).

<sup>2</sup> Jorge Larraín, *Modernidad, razón e identidad en América Latina*, Santiago: Editorial Andrés Bello, 1996, p.19.

decisión y valor para servirse por sí mismo de ella sin la tutela de otro'. El filósofo alemán termina su definición con el lema: "¡*Sapere aude!*, esto es, ¡Ten el valor de servirte de tu propia razón!"<sup>3</sup>. En esta declaración está contenido todo un programa en contra del argumento de autoridad y del magisterio de la Iglesia, y preparó el camino para ideologías posteriores que vieron en el progreso histórico la superación definitiva del poder de las religiones y de la superstición sobre las masas. A su vez, el racionalismo y el empirismo posibilitaron el desarrollo del método experimental y, con ello, el progreso espectacular que la medicina ha logrado en su lucha en contra de la enfermedad. Sin embargo, una medicina totalmente dominada por una ideología positivista, que niega realidad a todo aquello que escape a la explicación científica, tuvo como resultado que muchos pacientes y sus familias hayan perdido el acceso a un vasto tesoro de sabiduría, acumulado por milenios en la memoria cultural de la humanidad, y que los médicos nos hayamos quedado solos y abrumados frente a dilemas humanos intratables desde una actitud meramente científica.

### UN ESTUDIO DE CASO: CONTRADICCIÓN ENTRE CIENCIA Y ESPIRITUALIDAD EN LA VIDA Y OBRA DE UN PREMIO NÓBEL DE MEDICINA.

Alexis Carrel, médico francés contemporáneo, notable investigador y conocido humanista, nació en Lyon, el 28 de junio de 1873, donde estudió, publicó sus primeros trabajos e inició, mediante hábiles métodos de sutura, sus finas técnicas de cirugía vascular. Por entonces hubo de sustituir al colega que había de acompañar una peregrinación de enfermos a Lourdes, y allí presencié con asombro la evidente curación de una peritonitis tuberculosa en estado terminal (1903). A pesar de su agnosticismo y de su adhesión al ideario científico dominante, su honradez le llevó a confesar lo que viera, ante el escándalo de la Medicina oficial que le cerró el camino profesional. Amargado, Carrel emigró a Canadá, decidido a hacerse ganadero (1904), pero el contacto con los investigadores americanos le llevaría a reanudar en Chicago el estudio y perfeccionamiento de sus originales técnicas. El interés de Cushing por esos trabajos y la intuición de Flexner, que estaba poniendo en marcha la Fundación Rockefeller, llevaron a Carrel a

Nueva York, donde trabajó con abundancia de medios en la flamante institución. Allí mejoró hasta un grado inverosímil los delicados procedimientos de sutura que permitían la reparación de venas y arterias heridas, las anastomosis e injertos vasculares y una amplia gama de trasplantes experimentales de órganos. En 1912 el Premio Nóbel coronó su brillante trabajo.

Al estallar la Primera Guerra Mundial, Carrel logra la instalación en Rond Royal, junto a Compiègne, de un centro hospitalario para la investigación de las heridas por metralla, pasto abonado para la gangrena. Con el químico inglés Dankin, encuentra un método de perfusión continua antiséptica que cambia el sombrío signo de tales lesiones. De nuevo en la Fundación Rockefeller, prosigue sus trabajos especialmente orientados hacia el cultivo de tejidos, mientras llueven sobre él toda clase de distinciones. En 1930 el aviador Lindbergh le ofrece su colaboración para construir la complicada máquina que Carrel añora, destinada a mantener artificialmente la circulación sanguínea. Ambos podrán presentar al Congreso de Citología de Estocolmo, en 1936, un corazón mecánico que permite la prolongada supervivencia de órganos aislados.

Mientras tanto, una inquietud espiritual, en la que se inserta la honda influencia del filósofo vitalista Bergson, que buscaba lo más genuinamente humano, va cuajando en meditaciones de las que saldrá, en 1935, un libro que tendría inmensa resonancia en el mundo entero: *L'homme cet inconnu* (La incógnita del hombre). Proyecta dar expresión práctica a sus ideales humanísticos en un Instituto del Hombre; mientras que, en sus vacaciones en Saint Gildas (Bretaña), los diálogos con Dom Alexis Presse van transformando sus vagos anhelos en claridades de fe católica.

En 1939, al comenzar la Segunda Guerra Mundial, Carrel, jubilado poco antes, acude a remediar la situación sanitaria de la Francia derrotada. Coincide con el mariscal Petain al interpretar la catástrofe como consecuencia del relajamiento del pueblo francés y decide llevar a cabo la idea de un Instituto del Hombre en el París ocupado, con el apoyo del gobierno de Vichy. Desde 1942 se trabaja allí activamente sobre el desarrollo del niño, las condiciones del trabajo, etc. Pero el progreso de la contienda dificulta las investigaciones y en 1944 los liberadores tacharán a Carrel de colaboracionista y lo relegarán por completo. Pero para entonces se hallaba ya enfermo, con grave insuficiencia cardíaca. Esta última decepción aceleraría el trance mortal, sufrido en la madrugada del 5 de noviembre de 1944.

Los trabajos de Carrel han salvado muchas vidas y han permitido las recientes intervenciones en corazón exangüe y los trasplantes de órganos. A pesar de

<sup>3</sup> Emmanuel Kant. ¿Qué es la Ilustración? (1784) En: *Filosofía de la Historia México*: Fondo de Cultura Económica, 1981, p.25n.

su cercanía al gobierno de Vichy, circunstancia que recientemente ha llevado a una aguda discusión sobre su persona en los medios públicos franceses, atacado por la izquierda y alabado por la extrema derecha, y sus discutibles ideas sobre eugenesia, su pensamiento humanístico y su trayectoria personal constituyen una lección de vocación de servicio y amor a la verdad. Totalmente comprometido con el desarrollo científico de la medicina, nunca abandonó la pretensión de que la ciencia debiera investigar con sus métodos las realidades espirituales. En algún momento escribió: “La ciencia debe hallarse constantemente en guardia contra la superchería y la credulidad. Pero también es deber suyo no rechazar los hechos por la simple razón de que le parezcan extraordinarios y ella no sea capaz de explicarlos”<sup>4</sup>. Carrel pretendía extender el campo de la ciencia a todo lo observable, lo mismo en lo espiritual que en lo material y admitir el hecho de que el conocimiento utilizable por el ser humano debe ser también sintético y no únicamente analítico. Como consecuencia de esto, planteó que los especialistas deben ser colocados en segunda fila y que los encargados de la dirección, no sólo de la política sino también de la educación y de la salud, deben ser espíritus de tendencia universalista, en estrecho contacto con la vida.<sup>5</sup>

El mundo debería esperar hasta la segunda mitad del siglo XX para que el desarrollo del paradigma científico natural de la medicina llegara a un punto tal que abriera la puerta a la consideración científica de los aspectos psicológicos y espirituales de la enfermedad y la curación. El modelo biomédico predominante, con el cual chocó Alexis Carrel, está basado en ideas mecanicistas que datan del siglo 17. Este modelo conduce naturalmente a una cierta “gramática de los sistemas biológicos” de acuerdo con la cual tratamos a las personas como si fueran autómatas homeostáticos o máquinas altamente complejas. El foco está puesto en la curación de la enfermedad del cuerpo más que en el tratamiento del paciente como sujeto. Ciertamente, los médicos están permanente e inadvertidamente escapando a la lógica de este paradigma, pero éste ejerce un poder fascinante sobre las conciencias: a los médicos nos gusta pensarnos como científicos. Científicamente, lo médico ha sido asimilado con lo biológico, en la mejor moda reduccionista. En este modelo, la mente, la subjetividad, están definidas como un epifenómeno sin ninguna eficacia causal. Sin embargo, como perso-

nas, nos pensamos como seres mentales, como agentes racionales en un mundo que la ciencia nos dice está enteramente constituido por partículas sin mente ni significado. El modelo psicobiológico emergente parte de la idea de autoorganización de los sistemas complejos y comprende niveles de organización con una causación mutua de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo. Esta visión lleva a una nueva formulación de propiedades del mundo en términos de autoorganización y co-evolución, que se traduce en una nueva concepción de la enfermedad y el paciente, asignando un rol a los símbolos y a los significados, los que, como información relevante, modulan los procesos biológicos en los sistemas vivientes. Este nuevo paradigma incorpora al efecto placebo dentro de la lógica científica y libera a la medicina de la chaqueta de fuerza determinista. Inaugura una suerte de “biología relacional” donde la mente y la subjetividad son admitidas dentro de la ciencia y llegan a formar parte integral de la ecuación de salud y enfermedad. Ahora, los organismos pueden actuar sobre sí mismos, usando la información para intervenir en sus propios procesos de sanación, en algunos casos de manera consciente, voluntaria e intencional, adverbios interdictos en el discurso científico moderno.<sup>6</sup>

## LA MEDICINA PSICOTERAPÉUTICA Y LA REINTRODUCCIÓN DE LA NOCIÓN DE SUJETO EN LA MEDICINA

El más reciente interés por los aspectos espirituales de la medicina fue preparado por un siglo de investigación sobre la dimensión psicológica del acto médico. El acto médico reúne de manera compleja distintos tipos y niveles de conocimiento y práctica. En un extremo está la *teoría*, donde puede predominar el pensamiento mágico o el científico, dependiendo de si se trata de una medicina folklórica o científico-natural. En el otro extremo está el nivel empírico, el del arte médico, que reúne las habilidades prácticas y singulares, que hacen a este médico distinto de aquél. Existe sin embargo un campo intermedio, teórico-práctico, que le da unidad y coherencia al acto médico y que es el campo de lo propiamente clínico. “*Kliné*”, en griego=cama, es el lugar donde yace el sufriente y donde se constituye y estructura la relación médico-paciente, o sea, el lugar de los hechos, el lecho del proceso curativo. Es en el “aquí y ahora” de esta relación donde se harán evidentes las consecuencias de una u otra teoría sobre la enfermedad o el enfermarse, como también de la habilidad del médico, su “*ars curandi*”. En esta interacción el paciente, a su vez, recibirá la intervención médica según sus propias teorías del padecimiento, y expresará sus propios

<sup>4</sup> Alexis Carrel. *Viaje a Lourdes*. Barcelona: Iberia, 1949, p.86.

<sup>5</sup> idem, p.94.

<sup>6</sup> Foss L. *The End of Modern Medicine*. SUNY Press, 2002.

miedos y esperanzas, sus fantasías de curación y de muerte. La medicina fundada en las ciencias naturales no tiene instrumental teórico ni práctico para entender, precisamente, la naturaleza y dinámica de esta relación, ni tampoco para considerar su influencia en el desenlace del proceso mórbido. Fue el psicoanálisis, como lo concibió Freud, su fundador, el que ha aportado una teoría y una técnica que ha hecho posible entender e intervenir esta relación.

La teoría científico-natural sobre el enfermarse influyó profundamente la práctica médica en todos sus niveles: el estilo de la relación médico paciente, la estructura y funcionamiento del equipo de salud, la organización social de la medicina tanto en lo asistencial como en la enseñanza y aprendizaje de la misma.

Primeramente, la naturaleza misma del pensar científico reduce toda acción médica al modelo fisicalista. Inspirado en este modelo, el aprendizaje de la medicina empieza por un ciclo de ciencias llamadas básicas. El estudiante pasa largas horas frente al cadáver conociendo la estructura del cuerpo, o ante un microscopio que le muestra la anatomía de los tejidos y las células; o en un laboratorio de Bioquímica o Fisiología, donde diseña experimentos que le enseñen sobre el funcionamiento físico y químico del ser humano y la acción de agentes de la misma naturaleza sobre él. O inoculando bacterias en ratones o conejos de experimentación. Así se forma, en lo fundamental, la mentalidad médica. El cadáver y el animal de hoy prefiguran al paciente de mañana. Esto condiciona un tipo de relación médico-paciente en la cual el primero es el activo y el segundo recibe pasivamente, literalmente sin moverse, la acción médica. El prototipo es el cirujano operando un enfermo profundamente anestesiado. El estudiante desarrolla así un conjunto de expectativas que lo llevan a esperar pacientes pasivos, sometidos y obedientes y a incubar un cierto resentimiento en contra de enfermos que oponen resistencia a sus directivas. A su vez, el equipo de salud se estructura en torno al médico y el resto de los profesionales pasan a ser llamados de colaboración, es decir, secundarios.<sup>7</sup>

La aplicación de la ciencia natural a la medicina da origen a criterios de clasificación de los enfermos según categorías diagnósticas. Nacen las distintas especialidades médicas, de acuerdo con el órgano, sistema o metodología en aplicación. Surgen los distintos servicios

dentro del hospital: medicina, cirugía, obstetricia, etc., y los pabellones que reúnen enfermos de una misma clase. Salas de cardiopatías, de hepatopatías o enfermedades del riñón. El criterio de clasificación es la enfermedad como construcción abstracta. Consistentemente, la organización y la atención hospitalarias tienden cada vez más a burocratizarse y el trato con el enfermo se hace más y más impersonal. Aparecen las tempranas aglomeraciones frente a las puertas del servicio de Radiología, donde los pacientes esperan turno para "ser pasados por los rayos". Se desarrollan técnicas de laboratorio, exámenes múltiples en una gota de sangre, que el paciente debe tomarse antes de consultar al médico; diagnósticos computarizados, y así hasta la fantasía de la ciencia ficción.

Durante la segunda mitad del siglo XIX y en las primeras décadas del XX, la medicina todavía luchaba por imponer un método y una disciplina. Esto se reflejaba muy fuertemente en la rígida jerarquía que regía el aprendizaje, la carrera académica y el funcionamiento de las sociedades médicas. El profesor de medicina era la cabeza autoritaria de un cuerpo de ayudantes que debían luchar entre sí por ocupar la sucesión en la cátedra, y su adhesión se mostraba por la devoción y fe en la dedicación a la ciencia y a las directivas que emanaran de la autoridad. Es en este ambiente en el que Sigmund Freud se forma como médico y en el que hace los descubrimientos que reintroducen la noción de sujeto en la medicina.

El estudio de pacientes histéricas, que abundaban en los servicios hospitalarios de la Europa de fines del siglo XIX y el análisis de sus propios sueños, condujo a Freud al descubrimiento crucial y fundante del psicoanálisis: la *realidad psíquica*. Él se dio cuenta que los recuerdos que hacían sufrir a los histéricos no llevaban a una realidad material, externa, sino a un mundo interno, el de la fantasía y el deseo, desde el cual esta realidad externa es vivenciada e interpretada. Entonces, la versión que cada uno dé acerca de su propia historia mezcla inextricablemente la realidad material y la fantasía psíquica, que fundamentalmente es inconsciente, es decir, no está disponible directamente a nuestra percepción interna. Esta fantasía no es caótica sino que se ha ido estructurando a lo largo del desarrollo personal de acuerdo con etapas diferenciadas según el desarrollo corporal y social del individuo. Este es el planteamiento básico y revolucionario del psicoanálisis. Ya no sólo la biología puede enfermar sino también, y de manera autónoma, la biografía. Biografía interior, fantasía inconsciente que se hace real en cada suceso actual, como prismas a través de los cuales se ve e interpreta el presente. Fantasía que es posible investi-

<sup>7</sup> Hawkins DR. The Gap between the Psychiatrist and other Physicians, Causes and Solutions. *Psychosom Med* 1962, 24 (1):94-102.

gar de manera casi experimental en la relación psicoterapéutica, desde el momento en que el paciente la vuelca en la persona del médico, fenómeno que Freud llamó *transferencia*.

El descubrimiento de la fantasía inconsciente y su actualización transferencial hizo posible el desarrollo ulterior del psicoanálisis y permitió estudiar en profundidad lo que sucede en la relación médico-paciente. Así, desde temprano se observó que los enfermos sometidos a tratamientos analíticos, al transferir al médico deseos y emociones correspondientes a un niño pequeño frente a sus padres, mostraban concomitantemente un comportamiento infantil. Este fenómeno Freud lo llamó *regresión*. Esto es, frente a situaciones externas que activan emociones y fantasías infantiles, el paciente va a mostrar conductas propias del periodo infantil correspondiente. Se presentará hostil, ansioso, dependiente o extremadamente sumiso, lo cual puede eventualmente interferir con el tratamiento. Pero Freud también descubrió que la regresión no es privativa del paciente, pues el médico, a su vez, también siente frente al enfermo y su padecimiento una serie de emociones, en parte provenientes de las fantasías que el paciente despierta en él, pero también relacionadas con su propio pasado. Este fenómeno, la *contratransferencia*, es fundamental para entender actitudes hostiles o seductoras de parte del médico y responsable de fracasos terapéuticos y faltas a la ética médica.

De esta manera, junto al modelo de relación médico-paciente que surge del paradigma científico natural, aparece el modelo psicoanalítico. El primero lo caracterizamos como de actividad-pasividad. El segundo se sitúa en el otro extremo. La actitud del psicoanalista es receptiva y neutral, absteniéndose de dar consejos o cualquier otra directiva para la vida del paciente, reduciendo su actividad a la comprensión e interpretación de las fantasías transferenciales. Así, el analista ayuda al paciente para que éste sea capaz de ayudarse a sí mismo. Es una relación de mutua colaboración. Desde luego una actitud así sería catastrófica frente a un paciente que necesita urgentemente de la intervención activa del médico, como, por ejemplo, un traumatizado de cráneo que llega inconsciente a un servicio neuroquirúrgico y que precisa de una intervención de emergencia para descomprimir la masa encefálica y evitar su muerte. Sin embargo, entre este extremo y el de un paciente neurótico la medicina muestra una multitud de situaciones intermedias que, como en un continuo, exigen del médico la capacidad de variar entre una actitud de máxima y urgente actividad a otra de neutralidad y paciente receptividad. Y sólo será capaz de hacerlo si cuenta con una teoría

general de la relación médico paciente y con la experiencia que le permita practicarla.

Durante el siglo XX la medicina ha tenido grandes y espectaculares avances. El progreso tecnológico en el diagnóstico y la terapéutica ha cambiado el perfil epidemiológico de las enfermedades. Los cuadros infecciosos, causa de muerte de primera magnitud, han disminuido dramáticamente desde la aparición de los antibióticos. Los progresos en el tipo y calidad de vida de amplios sectores de la humanidad también han contribuido al cambio de la prevalencia relativa de los distintos padecimientos. Ha habido un importante aumento de las enfermedades crónicas frente a las agudas. En estas últimas el médico debe actuar rápidamente, pero en los cuadros crónicos es el enfermo quien debe hacerse cargo de gran parte del tratamiento, y es frecuente que se rebele frente a la enfermedad, pareciendo no comprender que el curso de ésta no depende tanto del médico como de la propia capacidad de seguir un régimen de vida y de adherir a un tratamiento adecuado. Si el médico no tiene una teoría que lo capacite para entender la hostilidad del enfermo podrá fácilmente responder agresivamente, lo que creará un círculo vicioso de hostilidad que hará fracasar el tratamiento.

Desde luego, cualquier enfermedad física, dependiendo de sus características, es capaz, por sí sola, de producir una intensa regresión en quien la padece. El enfermo reaccionará frente a ella de acuerdo con su propia biografía y personalidad. Podrá negar o minimizar el padecimiento, deprimirse profundamente, mostrarse ansioso u hostil, o someterse al extremo de sacar ganancias secundarias de su padecimiento. Estas distintas actitudes del paciente van a despertar en el médico emociones complementarias que éste debe ser capaz de aceptar y entender, a fin de establecer una relación útil en beneficio del enfermo. Y hay algunas condiciones en las que es extremadamente difícil para el médico no dejarse inundar por intensas emociones que lo paralicen. Un caso típico es el del paciente moribundo. La muerte no es un concepto que forme parte del modelo. La medicina científico-natural está concebida para mejorar la enfermedad, no para aceptar la muerte. Frente al paciente terminal, al que no le queda más que esperar su hora, el médico tiene aún mucho que hacer, siempre que recupere la antigua función de los curanderos y que fue conservada en nuestra sociedad por los religiosos: la tarea de ayudar a morir. Tarea que nos enfrenta, como médicos, a nuestras limitaciones y a nuestro arte y, como personas, a nuestra propia muerte, lo cual nos saca violentamente del rol curativo, dejándonos inermes junto a nuestra angustias y fantasías de muerte. Recuerdo a un médico que frente a un pa-



ciente canceroso terminal, que sufría dolores fuertes e insoportables, se negaba a administrarle morfina, por temor –decía–, a que el moribundo desarrollara una adicción. Era su propia muerte la que paralizaba a ese médico y le impedía pensar con sentido común.

La segunda mitad del siglo XX fue escenario de grandes cambios en la práctica de la medicina. No sólo los cambios tecnológicos en el diagnóstico y la terapéutica, sino también las profundas transformaciones en la estructura de la gestión, en gran parte consecuencia del aumento explosivo del gasto en salud, han tenido un fuerte impacto en la manera como los pacientes acceden a la atención en salud y en el modo como los médicos ejercen la medicina. A lo largo de las últimas décadas ha habido cambios en las características de la relación médico-paciente, donde este último ha tomado un rol mucho más activo, los médicos han perdido paulatinamente control e influencia sobre la organización de la atención, la práctica se ha segmentado y atomizado, dando origen a médicos de muy distintas categorías, presumiblemente creando incipientes “culturas” médicas diversas y, por último, de una profesión eminentemente masculina, se ha ido transformando en una en la que empiezan a predominar las mujeres. Paralelamente, hay indicios de que la consulta a practicantes de la llamada medicina alternativa iguala al número de consultas en el sistema de salud formal. Esto último puede entenderse como un síntoma más de la incapacidad de la medicina científica de satisfacer, a pesar de sus espectaculares avances, las profundas necesidades humanas de sanación.

Lo cierto es que en todas partes, y no sólo en nuestro país, las encuestas de opinión revelan una profunda insatisfacción con los sistemas formales de salud. Y esto no deja de ser paradójico, pues nunca la ciencia médica había logrado más éxitos que en la época actual. Pareciera que en salud también se refleja el “malestar en la cultura” que puso en evidencia el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de 1998 sobre el *Desarrollo Humano en Chile*, subtítulo “Las paradojas de la modernización”. Una fórmula simple, pero que refleja en una frase la situación de la sociedad chilena, podría ser la siguiente: Chile es un país con un notable desarrollo económico pero donde la gente no se siente feliz. Si bien el 53,6% de los encuestados afirmó que el país está económicamente mejor, el 82,8% declaró sentirse menos feliz que antes (PNUD 1998 p.53).

Por otro lado, en el contexto de una economía globalizada y en una cultura de modernidad tardía, en la que las dudas existenciales sobre el sentido de la vida y la propia identidad son fuente creciente de malestar y psicopatología, la psicoterapia se ha convertido en un

objeto de consumo masivo. No es por casualidad que, hace algunos años, el *Consumer Reports* –antigua institución americana de investigación de mercado– eligiera la satisfacción con los resultados de la psicoterapia como objeto de encuesta a miles de consumidores estadounidenses.<sup>8</sup>

El sociólogo británico Anthony Giddens plantea que la “psicoterapia es... un fenómeno de la reflexividad de la modernidad”. Si bien la psicoterapia se ha desarrollado como un medio para combatir patologías de la personalidad y se constituyó recurriendo a una retórica de “enfermedad” y “curación”, para Giddens, “la importancia primordial de la terapia en las circunstancias de la modernidad tardía no reside aquí. La terapia –afirma– debería entenderse y valorarse esencialmente como una metodología de la planificación de la vida. El individuo que hoy día se supone “capaz” no sólo ha desarrollado una comprensión de sí mismo sino que es capaz de armonizar sus intereses del momento y sus proyectos futuros con una herencia psicológica del pasado”. Así, para Giddens, la psicoterapia ha rebasado el campo médico: “La psicoterapia no es un mero mecanismo de ajuste. En cuanto expresión de reflexividad generalizada muestra plenamente las dislocaciones e incertidumbres que surgen de la modernidad. Al mismo tiempo, participa en esa combinación de oportunidad y riesgo característica del orden de la modernidad tardía. Puede fomentar la dependencia y la pasividad; pero también puede dar lugar al compromiso y la re-apropiación.”<sup>9</sup>

A partir del psicoanálisis han surgido las variadas formas de psicoterapia que conocemos y se ha avanzado en el estudio sistemático de los aspectos psicosociales de la enfermedad y la mejoría. La investigación empírica ha mostrado que la psicoterapia tiene un efecto consistente en la prevención y la mejoría de condiciones somáticas. Se ha visto que los pacientes con desórdenes emocionales son sobreutilizadores de servicios médicos. Los proveedores de salud con formación psiquiátrica y psicoterapéutica insuficiente tienden a usar procedimientos diagnósticos costosos y superfluos en pacientes con trastornos psíquicos y a indicar tratamientos biológicos ineficaces. De este modo, la persistencia del trastorno emocional no diag-

<sup>8</sup> Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *Am Psychol* 1995, 50 (12):965-974.

<sup>9</sup> Giddens A. *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. London: Polity Press/Basil Blackwell, 1991, pp. 228s.

nosticado conduce a la sobreutilización de los servicios médicos. Por otro lado, se sabe que los pacientes con comorbilidad (esto es, asociación de trastornos físicos y psiquiátricos) tienen peor pronóstico cuando se ignora el trastorno psiquiátrico, y que la recuperación de condiciones médico-quirúrgicas es más rápida con psicoterapia. Finalmente, es claro que la psicoterapia aumenta la adherencia al tratamiento médico. De esta manera, la psicoterapia ha llegado a constituirse en un primer paso hacia una medicina complementaria.<sup>10</sup>

Pero, el hallazgo más interesante de la investigación empírica en resultados y procesos psicoterapéuticos es el descubrimiento de que los factores inespecíficos, es decir, los que no dependen de una técnica u orientación psicoterapéutica particular, impactan más que los específicos en el resultado de una terapia. Los factores inespecíficos son todos aquellos involucrados en el establecimiento y el desarrollo de una relación de ayuda entre el terapeuta y su cliente. La calidad del vínculo interpersonal, la disponibilidad emocional del terapeuta y la capacidad del paciente de sacar del terapeuta la información sobre sí mismo y el apoyo necesario para solucionar sus problemas y conflictos, conduce a la mejoría de los síntomas que lo llevaron a consultar. La clínica y la investigación han mostrado una y otra vez que la variable crucial es el surgimiento de la esperanza en el paciente y la recuperación del sentido de la vida. En el proceso terapéutico exitoso, lo primero que se recupera es la moral, surge la confianza en el paciente de que su terapeuta lo ayudará. Sólo después viene la etapa de remediación, en que desaparecen los síntomas que llevaron a consultar, para luego dar paso a una última etapa en la que el trabajo se centra en la modificación de los patrones de comportamiento interpersonal que llevaron al paciente a la situación de impotencia que se expresa en los síntomas.

Con todo, el desarrollo y maduración de la psicoterapia ha dado lugar a un siguiente paso en la recuperación de la subjetividad para la medicina: la creciente importancia asignada a la dimensión espiritual.

## ESPIRITUALIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA: MÁS ALLÁ DE LA PSICOLOGÍA

Un reciente editorial de la prestigiosa publicación inglesa, *British Medical Journal*,<sup>11</sup> cita un informe de la Or-

ganización Mundial de la Salud donde se plantea que “hasta muy recientemente, los profesionales de la salud han seguido largamente un modelo médico que busca tratar a los pacientes poniendo el foco en los medicamentos y en la cirugía, dando poca importancia a las creencias y a la fe en la curación, en el médico y en la relación médico-paciente. Esta visión reduccionista o mecanicista de los pacientes ya no es satisfactoria. Pacientes y médicos han empezado a darse cuenta del valor de elementos tales como fe, esperanza y compasión en el proceso de curación.” El editor refiere un estudio en el que el 93% de los pacientes con cáncer dijeron que la religión los ayudó a sostener la esperanza. Tales cifras tan significativas, comenta, merecen nuestra atención.

En junio de 1998 la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud convocó a una reunión de consulta internacional a fin de explorar las posibles relaciones entre calidad de vida, salud y espiritualidad, en su sentido más amplio, y de definir lo más claramente posible aspectos potencialmente estudiables dentro del campo de las convicciones personales, con el objetivo de construir un instrumento de investigación transcultural que permita un ulterior trabajo multicéntrico. La idea es medir el impacto de la espiritualidad en la salud.

El informe derivado de la consultoría plantea que “el objetivo inmediato de este nuevo proyecto es examinar a través de las culturas y las religiones los diferentes aspectos de calidad de vida que encierra el campo de la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales, e incorporar un módulo a la medida existente de Calidad de Vida de la OMS, que permitirá una evaluación más sensible y completa de este campo en materias tales como el cuidado de la salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Como resultado de este trabajo podría darse la creación de un módulo adicional que contenga aspectos y particularidades comunes a los grupos culturales y religiosos participantes”. Se enfatiza que el módulo resultante del estudio no tiene la intención de apuntar a ninguna religión en particular y estará dirigido a todas las formas de espiritualidad ya sea que se practiquen en una religión formal o no. Para aquellos que no pertenecen a una religión, este aspecto estará referido a las creencias personales, sistema de valores o a un código de comportamiento.

¿Cómo es que la OMS ha llegado a interesarse en los fenómenos espirituales y su relación con la salud?

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. De acuerdo con esta definición, las medidas en salud deberían incluir la estimación del bienestar de las po-

<sup>10</sup> Jiménez JP. Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. En: A. Heerlein (ed.) *Psiquiatría Clínica*. Santiago: SONEPSYN, 2000, pp.635-646.

<sup>11</sup> BMJ 2002; 325:1434-1435.

blaciones o individuos que se considere. Como respuesta a esta necesidad, la OMS ha propuesto la incorporación del concepto de *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS). El perfil de sociedades demográficamente envejecidas, con gran prevalencia de afecciones crónicas, para las que no existe tratamiento curativo, la creciente importancia de las opiniones de los pacientes como usuarios de los servicios, así como la necesidad de racionalizar el gasto en salud justifican el desarrollo de la medición de la CVRS.

Todo parece indicar que la toma de decisiones en el sector salud debe estar apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica que tome en cuenta, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente. Es aquí donde cobra sentido la consideración de los aspectos psicosociales y espirituales de la atención médica.

En un intento de operacionalizar las definiciones de espiritualidad, religiosidad y creencias personales, el documento de la OMS señala que “en el diccionario Oxford el espíritu es definido como la “parte inmaterial, intelectual o moral del hombre”. La *espiritualidad* nos conduce hacia preguntas sobre el sentido y el propósito de la vida y no está necesariamente limitada a ningún tipo de creencias o prácticas en particular. Por otro lado, la religión es definida como “la creencia en la existencia de un poder reinante sobrenatural, creador y controlador del universo, que ha dado al hombre una naturaleza espiritual que continúa existiendo después de la muerte del cuerpo”. *Religiosidad* es entonces el grado en el que un individuo cree, sigue y practica una religión. En este caso hay un sistema de culto y una doctrina específica que es compartida por un grupo. *Creencias personales* refieren a cualquier creencia o valores que tiene un individuo y que forman la base de su estilo de vida y su conducta. Las creencias y prácticas religiosas pueden ser –y de hecho han sido– motivo de divisiones entre las personas. El ámbito de la espiritualidad, en cambio, vincula lo profundamente personal con lo universal y es esencialmente unificador. Por su ausencia de límites es difícil de definir, pero su impacto puede ser medido. Esto es importante, pues estudios británicos muestran que a pesar que la participación en las iglesias está cayendo, las personas encuestadas admiten crecientemente experiencias espirituales y religiosas (76% en el año 2000).

Una definición de espiritualidad amplia, que puede facilitar el encuentro de bases comunes entre diversas culturas, incluye necesidades humanas que posiblemente son universales:

1. *la necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida,*
2. *la necesidad de esperanza o de voluntad de vivir,*
3. *la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios.*

La necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación.<sup>12</sup> La necesidad de esperanza y voluntad de vivir es importante tanto para personas sanas como enfermas. Se ha demostrado que para los pacientes la esperanza y la voluntad de vivir son factores importantes en el proceso de recuperación. Para muchas personas la fe en sí mismos, en los otros o en un Ser Superior contribuye a dar sentido a la vida y puede tener influencia sobre el nivel de esperanza y el deseo de vivir.

Por otra parte, la experiencia de la enfermedad puede reducir la capacidad de las personas de buscar satisfacción para sus necesidades espirituales, lo que a su vez aumenta la posibilidad de experimentar malestar con efectos adversos en el estado de salud. Es frecuente que las personas atribuyan la enfermedad a un “castigo” o que se cuestionen ¿por qué a mí? En estos casos, si las personas eran anteriormente religiosas, pueden impugnar su relación con Dios a causa de su enfermedad física, y perder el apoyo que le daba su creencia o el grupo religioso de pertenencia. Esto es especialmente relevante en enfermos terminales. La investigación ha mostrado que en estas situaciones un número considerable de pacientes reporta sus necesidades o deseos espirituales en diversas formas (cuestionamientos acerca del sentido de la vida, de la coherencia frente a la muerte, la necesidad de buscar alivio frente al temor, la incertidumbre, la soledad, la creencia o no en Dios o en otra vida después de la muerte).

Los viejos médicos de cabecera manejaban intuitivamente estas nociones, sabían que había pacientes “que se dejaban morir” o que la espera de la llegada de alguien muy significativo podía hacer que el moribundo “peleara”, “aguantara”, hasta ese momento, que la confianza en el médico era un potente factor en la recuperación o en el efecto de los fármacos, etc. Sin embargo, estas nociones intuitivas, consideradas como no científicas, no se transmitían como aspectos de la formación de los estudiantes de medicina. La investigación reciente en psico-neuro-inmunología comienza a sentar

<sup>12</sup> Ross L. Spiritual Aspects of Nursing. *J-Adv-Nurs.*, 1994; 19(3): 439-447.

bases empíricas que establecen relaciones entre estado de ánimo e inmunidad y asientan la influencia de la esperanza y las "ganas de vivir" sobre el estado de ánimo o, en sentido inverso, del desaliento, la pérdida de sentido y la soledad.<sup>13</sup> Comienza a comprenderse entonces la necesidad de incorporar estos aspectos en el diálogo médico-paciente así como de evaluar la importancia de estos aspectos en la calidad de vida relacionada con la salud. Por otra parte, es justamente la inclusión de la percepción del paciente a través de la medida de la calidad de vida lo que ha permitido trascender la clásica visión biomédica para entrar realmente en un modelo bio-psico-social que incluya los aspectos espirituales.

Una publicación señera<sup>14</sup> ofrece un análisis crítico, sistemático y amplio de más de 1.200 estudios empíricos y 400 revisiones que examinan las relaciones entre espiritualidad y religión y variadas condiciones físicas y psíquicas. Estudios correlacionales y longitudinales que incluyen enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, disfunción inmunológica, cáncer, mortalidad, dolor y discapacidad, muestran entre un 60 y un 80% de relación entre mejor salud y religión o espiritualidad. Las condiciones psiquiátricas revisadas incluyen psicosis, depresión, ansiedad, suicidio y problemas de personalidad. Los beneficios de la espiritualidad son triples: ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento.

Especialmente interesantes son los resultados obtenidos en condiciones intratables a través de la enseñanza de métodos de afrontamiento (*coping*) basados en la meditación.<sup>15,16</sup> En este sentido, es instructivo distinguir entre mejoría sintomática y "sanación" desde el punto de vista de la etimología. Salud y salvación, palabras clave en medicina y religión, respectivamente, tienen el mismo origen. En idioma indoeuropeo, raíz común de las lenguas germánicas, la palabra "qail", que significa "cuña", es decir, "lo que llena o completa el hueco", originó las palabras alemanas "heilen", sanar, "Heiligkeit", santidad, y las inglesas de "health", salud, "whole", todo, y "holy", sagrado. El profundo anhelo humano de sanación tiene entonces que ver con la búsqueda de un sentido que complete, precisamente, ese "hueco" que,

según tantos pensadores, caracteriza la radical experiencia humana de insatisfacción. Recuperar la salud implica entonces un proceso de restauración de la integridad psicobiológica que tiene consecuencias para el crecimiento personal. Los estudios muestran que alrededor del 31% de los pacientes con cáncer recurren a la medicina complementaria. En relación con el significado espiritual del padecimiento, los sobrevivientes al cáncer refieren que la enfermedad les sirvió para despertar a la esencia real de la vida, transformándolos, y permitiéndoles seguir viviendo una vida más feliz y menos basada en el miedo y en valores materiales.<sup>17</sup>

## EL MALESTAR DE LOS DOCTORES Y LA ESPIRITUALIDAD

La crisis en la práctica de la profesión médica es un fenómeno bien documentado en los países desarrollados. Nuestros propios estudios, realizados en Santiago, Buenos Aires y Montevideo, confirman lo observado en otros países: entre los médicos existe la percepción generalizada de un sistema de salud en crisis, producto de los cambios macro-sociales, de los vertiginosos cambios tecnológicos relacionados con el diagnóstico y la terapéutica, y de los ocurridos en la estructura, gestión y financiamiento de los servicios de salud, que han transformado el ejercicio de la profesión médica, agregándole nuevas presiones y oportunidades. Los usuarios del sistema, los pacientes, son mucho más activos, informados y exigentes que antes.

En los médicos entrevistados la percepción de crisis en la práctica de la profesión se manifiesta en expresiones como fastidio, sobrecarga laboral y bajos ingresos, empeoramiento de la calidad de vida, frustración, insatisfacción, pérdida de la autonomía profesional, desencanto, falta de reconocimiento, nostalgia, aislamiento e individualismo, sentimiento de culpa por traición a los ideales, etc. Esta percepción es generalizada, viva y urgente, con matices diferenciales que dependen básicamente de la edad, del contexto laboral y probablemente también del género del entrevistado. Esta situación afecta a la moral del gremio y a la sensación de bienestar subjetivo, estableciéndose

<sup>13</sup> Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *Am. Psychol* 2003; 58 (1):24-35.

<sup>14</sup> Koenig HK, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press, 2001

<sup>15</sup> Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness – the program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta Books, 1990.

<sup>16</sup> Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *Am. Psychol* 2003, 58 (1):53-63.

<sup>17</sup> Barraclough J. *Integrated Cancer Care: Holistic, Complementary, and Creative Approaches*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

lo que podríamos llamar un estado de “malestar en la cultura” médica, donde la crisis objetiva del sistema de salud, se “instala” en la subjetividad de los proveedores de salud más representativos, los doctores, y los obliga a desplegar estrategias personales de adaptación y supervivencia. Entre las estrategias encontradas, destaca la espiritualidad.

En el grupo de médicos que han enfrentado bien la crisis de la profesión encontramos que el bienestar emocional y la satisfacción con el ejercicio de la profesión se relacionan con la espiritualidad, entendida ésta como una cualidad que va más allá de la afiliación religiosa, y que apunta hacia la trascendencia, el respeto y amor a la naturaleza y la humanidad, el sentido y propósito de la vida, aun en aquellos que no creen en Dios. La actitud espiritual busca estar en armonía con el Universo, se esfuerza por encontrar respuestas sobre el infinito y se transforma en foco de atención en periodos de estrés emocional, enfermedad física y mental, pérdidas, duelos y muertes. La dimensión espiritual, para los pacientes, sus familias y también para los médicos tratantes, es especialmente relevante cuando los doctores se encuentran frente a situaciones clínicas intratables o que conducen inevitablemente al fracaso de los tratamientos y finalmente a la muerte. Existe un creciente cuerpo de evidencias que iluminan la relación entre las variables espirituales y el bienestar emocional tanto en pacientes como en sus médicos tratantes.

## NOTA FINAL

Así, todo parece indicar que la medicina basada en el paradigma científico natural debe complementarse con una medicina psico-espiritual que integre las dimensiones holísticas que el modelo occidental omite. La autora de un libro sobre el tratamiento integrado del cáncer<sup>17</sup>, con muchos años de experiencia como médico tratante e investigadora en psico-oncología, propone una integración entre el *Yang* de la corriente ortodoxa de la salud occidental con el *Ying* del modelo de curación holístico oriental. El carácter analítico, objetivo y “basado en evidencias” del *Yang* está más focalizado en la patología y el tratamiento de enfermedades, pero a menudo pierde de vista al “paciente total” como combinación única de cuerpo, emoción, mente y alma. La naturaleza más intuitiva y subjetiva del modelo de curación holística, el *Ying*, se concentra en el bienestar y en el potencial de crecimiento autónomo del “paciente total” aunque es vulnerable cuando se trata de mostrar evidencias científicas “duras” de su impacto en la mejoría específica. El desarrollo global de la medicina en los últimos años apunta a la convicción de que el mejor tratamiento debe combinar ambos enfoques. Una integración del *Yang* occidental con el *Ying* oriental puede aprovechar lo mejor de ambos en beneficio del paciente. Por cierto, tal integración debiera conducir a una gigantesca transformación de los sistemas formales de atención en salud, y ésta es una tarea para el siglo XXI.

---

<sup>17</sup> *Idem.*

## CONFERENCIA

# MODELOS, TEORÍA Y PSICOTERAPIA<sup>1</sup>

(Rev GU 2005; 1: 102-107)

César Ojeda<sup>2</sup>

La psicoterapia es una forma de praxis, es algo que se lleva a cabo, es decir, es un habérselas con lo que nos hace frente, como las cosas que uso y manejo: mi computador, la cafetera o los zapatos. La diferencia estriba en que el psicoterapeuta tiene que habérselas con personas y, por lo tanto, el encuentro se establece desde la partida con una simetría fundamental, pues los seres que se encuentran son del mismo tipo. Heidegger reservaba la palabra "solicitud" (*Fürsorge*) para referirse al trato que mantenemos con las otras personas, y así diferenciarlo del "cuidado" (*Sorge*) que es el trato que mantenemos con los entes intramundanos, es decir, con las "cosas".

No obstante, lo dicho es tan general que incluye todo posible trato entre personas, por lo que es necesario ir más allá y precisar. Aparte de la simetría señalada, ¿qué tipo de encuentro es el encuentro psicoterapéutico?

Pues bien, se trata de un encuentro pagado, acordado y que posee un contexto fijo. Visto en negativo, lo dicho se muestra más claramente: no se trata de un encuentro gratuito, espontáneo y abierto, como suelen ser las relaciones humanas, incluidas variadas formas que cabrían sin muchas dudas en la idea de relaciones de ayuda. La psicoterapia es un encuentro comercial, porque alguien paga a otro por algo que, se supone, éste tiene para darle y que él necesita. Es un encuentro contractual, porque se establece sobre reglas de intercambio distintas a las relaciones espontáneas –que en general son las reglas sociales que prevalecen en una cultura–, y es un encuentro contextual, porque establece un marco preciso para tal intercambio.

Si así es, salta a la vista que, al igual que en cualquier relación humana contractual, la psicoterapia requiere de lo que jurídicamente se llama "capacidad", es decir, que los contrayentes posean la aptitud para ser sujetos de derechos y obligaciones, aptitud que en este caso consiste en la capacidad de comprender lo que se acuerda y libertad para aceptarlo o rechazarlo.

## EL OTRO (EL PACIENTE)

Estamos empezando y ya surgen dificultades, y no menores. ¿Comprende el paciente lo que –por así decirlo– está implícitamente firmando en el contrato psicoterapéutico? En la mayoría de los casos el paciente no tiene el conocimiento ni la experiencia como para saber *cabalmente* aquello a lo que se está comprometiendo, y tampoco es sencillo explicárselo. ¿Qué pasa si tomamos en serio –y efectivamente así debe tomárselas– algunas ideas de Lacan, y le decimos al paciente que no tenemos nada que darle y que él no sabe lo que le falta? ¿O que no estamos ahí por su "bien" sino para que ame, pues lo que le falta lo aprenderá como amante? Debemos agregarle, claro está, que en este contexto el amor es una sustitución metafórica entre el amado y el amante y que está basado en una discordancia, pues el amante (en este caso el paciente) no sabe lo que le falta y el amado (en este caso el terapeuta) no sabe lo que tiene. El amor, incluido el amor de transferencia, está siempre atrapado en esta discordancia.

<sup>1</sup> Conferencia Inaugural, V Encuentro Psicoterapéutico (2004). Comité de Psicoterapia. Soc. de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Conference Town, Reñaca, Chile, 5-6-7 y 8 de agosto de 2004.

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Comprendo que parece un ejemplo rebuscado. Intentemos otro, en apariencia más simple. Podemos decirle al paciente que él padece un “desorden” mental, por ejemplo, que él padece de un desorden por ansiedad. Dicho esto, le informamos que de acuerdo a los “meta-análisis” que nos ofrece la medicina basada en la evidencia, este padecer se beneficia tanto con terapia conductual o cognitivo conductual, como con terapia de orientación dinámica, o con algunos fármacos o, en su defecto, con placebo, y mejor, con combinaciones de lo anterior, y que de muchas otras formas de psicoterapia no tenemos datos suficientes para afirmar o negar su eficacia. Podemos agregarle, además, que el resultado es sensiblemente mejor con terapeutas noveles que con terapeutas expertos y famosos.

Desde luego, se puede objetar que hemos hecho una caricatura, y que si bien el paciente no tiene el conocimiento ni la experiencia como para saber *exactamente* aquello a lo que se está comprometiendo, en general lo que sabe es suficiente y, además, confía en que el experto sí sabe lo que es mejor para él. Esto cambia de plano el problema, pues, advertidamente o no, estamos diciendo que el paciente está realizando un acto basado en la confianza. Pero, ¿de dónde surge esta confianza? ¿Qué sabe el paciente del terapeuta? ¿Sabe algo de su formación, o de su historia personal, o de sus grados profesionales y académicos? Tal vez en algunos casos algo sepa, pero lo que parece más frecuente es que este gesto de confianza venga avalado por otro gesto de confianza: lo que alguna persona de confianza le dijo al paciente acerca de este terapeuta en particular. Es decir, el acto psicoterapéutico se inicia basado en una *cadena* de confianza.

## EL TERAPEUTA

Si tenemos sobradas razones para dudar del conocimiento que el paciente posee acerca del proceso psicoterapéutico en el que se involucra, pareciera que esa pregunta es improcedente respecto del terapeuta: igual que los pacientes, suponemos que el terapeuta sí sabe. Pero, ¿qué sabe? Repitamos lo ya muchas veces dicho: con criterios relativamente amplios se cuentan más de cuatrocientas formas de psicoterapia, y con otros de mayor exigencia, más de doscientas. Eso significa –entre otras cosas– que los terapeutas piensan que lo que hay que saber, y saber-hacer en la praxis psicoterapéutica, pueden ser cosas muy distintas. A estas formas distintas de concebir la práctica y la teoría en psicoterapia se las suele llamar “modelos”.

Si consideramos que cada modelo de psicoterapia es un *nodo*, y que cada adhesión a un nodo por parte de

un terapeuta es un “*link*” (enlace), podemos considerar a la psicoterapia como una red (*web*), pues el material de las redes son nodos y links. Y, ¿qué podemos decir acerca de la adhesión de los terapeutas a determinados modelos? Podemos decir que *muy pocas formas de psicoterapia tienen la mayor parte de las adhesiones, y muchas tienen muy pocas*.

Esta distribución de “pocos tienen mucho” y “muchos tienen poco” se conoce con el nombre de “*power law*” (ley de poder) y rige a los sitios web, pero también a la distribución del ingreso de los países, a las redes aéreas, económicas, metabólicas, ecológicas y sociales, y a los resultados de las pruebas de selección universitaria, por citar tan sólo unos pocos casos.

Luego, la psicoterapia –entendida como red– está lejos de ser un caos, es decir, lejos de ser un montón de sistemas inconexos. Tiene un orden, el de *power law*, y por lo mismo, podemos hacernos preguntas acerca de ese orden.

## EL CRECIMIENTO

El físico Albert-László Barabási –superando el sonoro rechazo editorial que suele acompañar a los aportes novedosos– finalmente publicó en octubre de 1999 en la revista *Science* un artículo titulado “*Emergence of Scaling in Random Networks*”, el que podría traducirse como “Emergencia de un orden en redes al azar”. En él presenta el “robusto” fenómeno de *autoorganización* de las redes a gran escala y que va más allá de las particularidades de los sistemas individuales que las componen. Si los modelos psicoterapéuticos y sus adherentes forman un entramado que sigue una distribución *power law*, eso es posible porque, al igual que todas las redes que siguen esa ley, *están en permanente crecimiento*. En términos absolutos, hay cada vez más psicoterapeutas en el mundo y cada vez más modelos de psicoterapia. La expansión continua es un mecanismo genérico para esa autoorganización, pero que no opera sino en consonancia con otro: los nuevos nodos que ingresan a la red *se adhieren preferentemente a los nodos que ya poseen muchas conexiones*. Esto ha sido denominado el principio de “*rich get richer*”, es decir, la “riqueza produce riqueza”.

Un solo ejemplo: un nuevo artículo de psicoterapia tiene mayor probabilidad de citar artículos famosos y conocidos (por lo tanto muy citados) que artículos menos conocidos. A este fenómeno se le ha llamado también “conectividad preferencial”. Así, *crecimiento y conectividad preferencial* son comunes a las redes de los sistemas complejos que adquieren la distribución *power law*. Por lo tanto, el “sistema” psicoterapéutico se

autoorganiza sin que nadie haya orientado o trazado un plan de tal organización.

Sin embargo, como en todas las redes dinámicas, las cosas son más complejas. El principio “la riqueza produce riqueza” tiene excepciones, y no menores: en efecto, me refiero al efecto “*new kids on the block*”. Consiste en que, de pronto, un nuevo nodo hace una carrera meteórica en una red, y concita en muy poco tiempo una gran cantidad de adhesiones, llegando de ese modo a ocupar los primeros lugares en conectividad. Eso fue lo que ocurrió con Google respecto de Alta Vista e Inktomi. En menos de tres años Google llegó a ser el mayor y más popular motor de búsqueda de la Web. Este efecto puede ser explicado por alguna característica evidente del nodo, que genera una novedad de alta funcionalidad: en el caso señalado, por ejemplo, la velocidad y la jerarquización de la búsqueda de contenidos en la red. Posiblemente algo semejante ocurrió en psicoterapia –por señalar sólo un ejemplo– a partir de la década de los sesenta con los trabajos de Wolpe, Skinner y Bandura, que, por así decirlo, arrastraron la adhesión de muchos psicoterapeutas, noveles y también experimentados, desde una visión psicodinámica hacia la terapia conductual y luego cognitivo conductual, algunas de cuyas aptitudes eran la evaluación empírica de sus resultados terapéuticos y la brevedad y eficacia de los tratamientos en ciertos cuadros clínicos. Sin embargo, la terapia conductual no sustituyó a las terapias de orientación psicodinámica, sino que pasó a ocupar un lugar relevante y cercano a ellas y a otras que mantenían altas cantidades de adherentes. El resto –la mayoría, como hemos señalado– permaneció con adhesiones muy bajas.

Finalmente, es posible que un nodo arrase con toda la red y tenga la mayoría de las adhesiones: este fenómeno es conocido como “*Winner takes all*”. Éste no es el caso de la psicoterapia y, en otros ámbitos, es muy difícil encontrar ejemplos de este fenómeno. Tal vez el que más se acerca es *Microsoft* en las redes computacionales.

## MODELO Y VERDAD

A la capacidad de un nodo de generar adhesiones podemos llamarla *fitness* (aptitud, adecuación, pertinencia). Como hemos señalado, no todos los modelos de psicoterapia tienen el mismo *fitness*, y son muy pocos los que concentran la mayor cantidad de links, y así en una gradiente que se pierde en la nada. La probabilidad de que los modelos que están situados más allá del número veinte tengan nuevos adherentes es muy baja.

Pero, ¿qué tiene que ver la adhesión de los terapeutas a un modelo con la “verdad” de él, es decir, con la

capacidad del modelo de dar efectiva cuenta de lo que, también efectiva y esencialmente, pasa en la psicoterapia? Supongamos que la adherencia de los terapeutas sí tuviese que ver con la verdad del modelo. Entonces, el fundamento teórico esencial de los modelos de base freudiana, es decir, el “inconsciente dinámico”, estaría, respecto de la “verdad”, más o menos al mismo nivel que los modelos conductuales y conductuales cognitivos (y otros con altas adhesiones) que, justamente, no consideran tal concepto como relevante. Dicho en dos palabras: las terapias psicoanalíticas, sin inconsciente dinámico (en tanto verdad), se derrumban; y las terapias conductual-cognitivas, con el inconsciente dinámico (en tanto verdad), también se derrumban.

El punto es que *no* se derrumban sino que operan perfectamente bien, con “verdades” incompatibles y en muchos sentidos contradictorias. Luego, y aun siendo cautelosos en la inducción de conclusiones, la “verdad” del modelo no es relevante para la *fitness* de él. Perfectamente bien, con algún criterio explícito de “verdad”, podríamos concluir que es más verdadero el modelo número 327 que el número dos, aunque el modelo 327 tenga un solo adherente: su creador.

Si la “verdad” no juega un papel relevante en la adhesión a los modelos psicoterapéuticos, ¿ante qué fenómeno nos encontramos? Para intentar responder esta pregunta deberemos revisar brevemente los resultados de la investigación empírica más reciente en psicoterapia, y dos de sus paradojas más notables: la paradoja de la “equivalencia”, y lo que hemos llamado la paradoja de la “creencia”.

## MODELO MÉDICO Y MODELO CONTEXTUAL

La eficacia absoluta de la psicoterapia (respecto del no-tratamiento) está hoy sólidamente documentada. El punto en discusión es acerca de qué aspecto de ella pudiese explicar ese resultado. La eficacia relativa (entre distintas formas de psicoterapia), después de muchos esfuerzos empíricos de evaluación, ha concluido en el conocido efecto Dodo, también llamado “la paradoja de la equivalencia”, es decir, la comprobación de que todas las formas de psicoterapia evaluadas son igualmente eficaces. Como consecuencia, la controversia entre múltiples y diferentes modelos de psicoterapia, ha cedido lugar a una ampliación del campo conceptual, para dar cabida a dos “meta-modelos” conocidos como “modelo médico” y “modelo contextual”, que –por así decirlo– cortan a los modelos específicos transversalmente. El modelo médico postula que la acción psicoterapéutica es eficaz porque contiene ingredientes técnicos específicos y consistentes con la



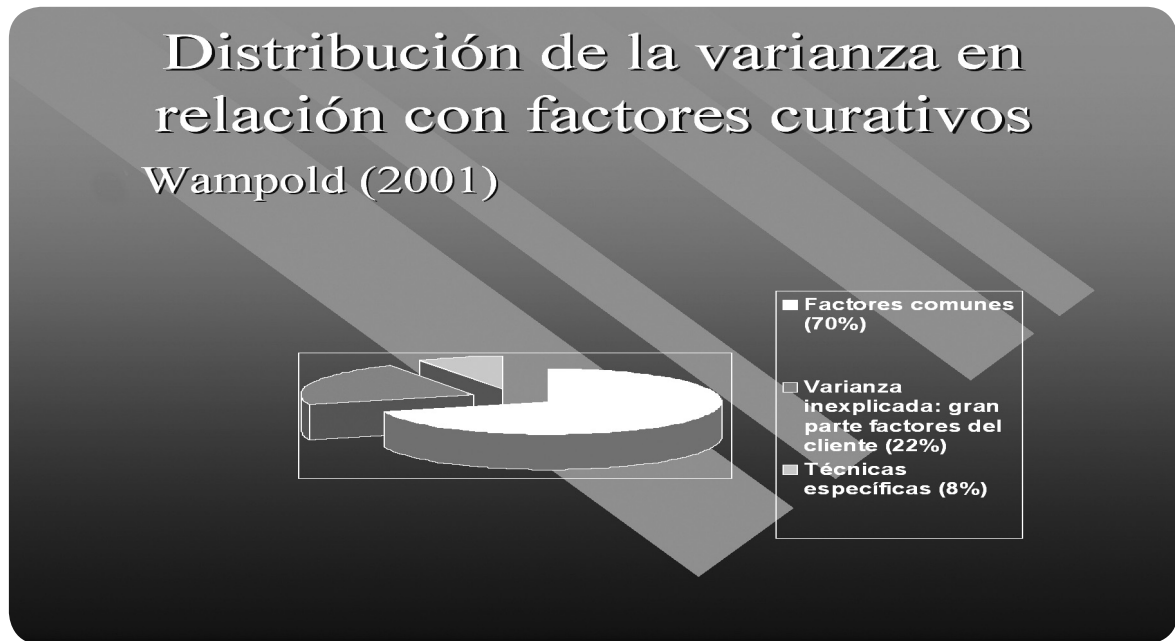


Figura 1

teoría, que actúan selectivamente sobre aspectos psicopatológicos también específicos, del mismo modo en que un hipoglicemiante actúa específicamente sobre, por ejemplo, los receptores a insulina, en pacientes con diabetes tipo II. La predicción de este modelo es que la adherencia del terapeuta a esas especificaciones técnicas tiene como consecuencia una mayor eficacia en el resultado del tratamiento, respecto de la no-adherencia a ellas, del mismo modo en que la administración de un hipoglicemiante tiene mayor eficacia en la estabilización del metabolismo de los hidratos de carbono, respecto de no administrarlo. Es decir, la predicción señala que el buen resultado terapéutico dependerá de *poner en contacto una técnica tipificada con una clase de trastorno, también tipificado*. La persona del terapeuta y la persona del paciente intervendrían en el proceso sólo de modo marginal, en la medida en que se supone –y se espera– que merced a la definición de la clase y de la técnica, terapeutas adecuadamente entrenados para seguir el proceso y pacientes adecuadamente tipificados sean intercambiables (serialidad).

Sin embargo, el modelo médico no consiste en la intromisión –y menos en la intromisión ilegítima– de la medicina en el ámbito de la psicoterapia sino más bien en la adopción por parte de los psicoterapeutas de un modo de pensar y concebir el proceso psicoterapéutico *al modo* en el que la medicina concibe su praxis, y más precisamente, sus tratamientos farmaco-

lógicos, guiados por la idea de principios activos y de especificidad.

Después de muchos años de esfuerzo en investigar este modelo en psicoterapia (miles de estudios), los meta-análisis de los últimos años han tirado del mantel: en vez de validar las hipótesis y predicciones del modelo médico, han validado las hipótesis nulas para cada uno de los puntos señalados, es decir, las hipótesis contrarias. La eficacia de la psicoterapia depende en un 70% de factores “generales”, y sólo en un 8% de factores técnicos específicos. De este conjunto de resultados empíricos surgió lo que se ha llamado “modelo contextual” (Figs. 1, 2).

### CREENCIA, CONSISTENCIA Y ALIANZA

Negados los ingredientes técnicos específicos en esta gran síntesis de resultados empíricos, se puede tener la tentación de pensar que lo que se ha validado es la vaguedad, la psicoterapia del perogrullo, y en definitiva el caos y la aniquilación de la psicoterapia profesional. Sin embargo, nada parecido puede concluirse. Observando los resultados señalados, tres fenómenos fundamentales se destacan y sostienen el buen éxito del proceso psicoterapéutico: la “creencia”, la “consistencia” y la “alianza” terapéutica. Para que la psicoterapia sea efectiva el paciente y el terapeuta deben *creer* firmemente en el modelo al que adhieren, ser *consistentes* con él y, mediante él, generar una *alianza de trabajo*.

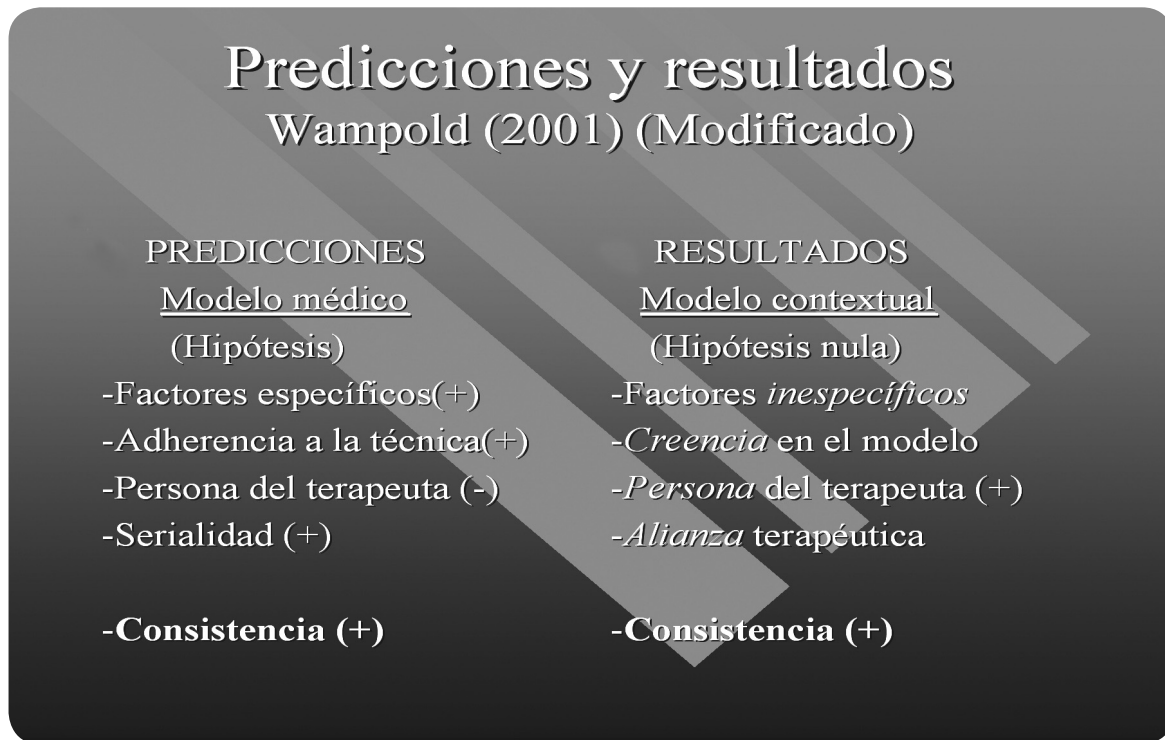


Figura 2

## CONFORMIDAD

Si la creencia juega un papel central, debemos preguntarnos por lo que la creencia es. “Creencia” significa “firme asentimiento y *conformidad* con alguna cosa”. Por lo tanto, la creencia no es verdadera ni falsa. Se trata más bien de un estado de aprobación, de resonancia íntima, de acuerdo con algo. No estamos usando la palabra “conformidad” en el sentido de “resignación” sino en el de *compartir una forma*, una modulación, una configuración. Conformidad es lo que ocurre cuando la llave de corona calza con el perno y nos permite operar con ella. Esa conformidad es praxica, es un “entre”, una articulación; es lo que hace que dos nodos se conecten mediante un link y formen, más allá, una serie, y más allá aún, una red. ¿No es acaso la dis-conformidad en los vínculos y redes interpersonales uno de los motivos más frecuentes de sufrimiento en los seres humanos? Y desde el otro lado, ¿cómo podemos explicar lo que Goethe llamaba “afinidades electivas” y que se extienden desde los átomos hasta los sistemas biológicos más complejos?

Los seres vivos nos vinculamos entre nosotros de varias maneras y formamos redes complejas que se pueden agrupar en tres tipos principales. Un primer tipo son las redes termodinámicas, en las cuales los se-

res vivos intercambian materia y energía. Un segundo tipo son las redes que podríamos llamar “genómicas”, que consisten en la transferencia y adquisición de ADN mediante diversos procedimientos, entre los cuales se encuentra la reproducción sexual. En este caso, la moneda de intercambio no es sólo materia y energía sino también información. Y un tercer tipo son las redes que podríamos llamar “informacionales”. A diferencia de las anteriores, aquí la moneda de intercambio es solamente información.

El modelo biológico para entender las redes informacionales no está sólo en los enrevesados datos neurobiológicos que se imbrican con la conducta sino en la sinapsis neuronal. Una neurona es un nodo, del mismo modo en que lo son un aeropuerto o un sitio web, y, como todos los nodos, presenta *discontinuidad* respecto de otras neuronas. Esta discontinuidad es la razón de la existencia de links (sinapsis). Dicho en otros términos, las neuronas, como todas las células, son entidades individuales, con puntos de *contigüidad* pero no de continuidad entre ellas.

En los estados iniciales de la formación de las sinapsis la superficie de una neurona debe “reconocer” –igual que una cría a su madre– a otras superficies neuronales. Si se produce “conformidad” las superficies

pre y post- sináptica son fijadas de manera estable por moléculas de adhesión. En la neurona pre-sináptica un mecanismo secretor es activado por señales apropiadas que ocurren al interior de la misma neurona. En la neurona post-sináptica la superficie receptora forma parte de una maquinaria molecular que “transduce” (lleva a otro lugar) las señales secretorias y las transforma en *señales intracelulares relevantes* para esta neurona post-sináptica.

Todas las redes informacionales entre los seres vivos operan como sinapsis. Maturana y Varela, en la década de los años 1980, implícitamente aplicaron el modelo sináptico a todos los seres vivos, y enfáticamente sostuvieron que no hay nada parecido a algo surgiendo en un emisor y luego transitando por un tubo hasta el receptor al cual es entregado. Los seres vivos, aunque termodinámicamente abiertos, tienen “clausura operacional” y, por lo tanto, la información es un proceso mediante el cual un estímulo informativo gatilla o no un cambio en la dinámica estructural de una unidad viva. Entonces, lo que oímos es algo que está tomando lugar en nuestra propia estructura, y no algo que desde el exterior se haya “introducido” en nuestro sistema nervioso.

En las redes informacionales los nodos cambian sólo si los estímulos “calzan” o guardan “conformidad” con algo de su estructura operacionalmente clausurada y de su momento evolutivo y dinámico. Otros “contactos” simplemente dejan al nodo inalterado. Es decir, determinada configuración del estímulo es necesaria para gatillar un cambio en el nodo. La palabra “configuración” es aquí esencial si la ponemos en consonancia con la palabra “información”. Configurar es dar *figura* a algo. Por su parte, “informar” es dar una *forma interna* a algo. Lo que se transduce en los links informacionales es entonces una *figura, una forma*. A ese fenómeno lo estamos llamando “conformidad”. ¿Por qué una neurona, una célula o un organismo multicelular guardan conformidad con esta otra neurona, con esta otra célula o con este otro multicelular? Responder esta pregunta requiere un ejercicio biológico muy amplio, que considera a la vida en su conjunto y que toma en cuenta los cambios filogenéticos y ontogenéticos que la caracterizan desde su origen.

## ADECUACIÓN

La praxis psicoterapéutica forma parte de las redes informacionales. Hemos señalado que la creencia expresa un estado de conformidad entre el que cree y lo creído. Así, la adherencia de los terapeutas a un modelo, de los pacientes a los psicoterapeutas, y de los psicoterapeutas a los pacientes, depende de la creencia, de la conformidad de unos a otros, en lo que antes nombramos

como una cadena de confianza. Esta afinidad es la que permite la operación conjunta que llamamos alianza, y que implica algún código de consistencia. La adecuación entre el modelo y el ejercicio de la psicoterapia *ya no es un criterio de verdad*, como podría sostenerse desde un pensamiento con tintes escolásticos (*adaequatio res et intellectus*), sino *un criterio de conformidad*. En la praxis psicoterapéutica, es decir, en la psicoterapia efectivamente realizada, el modelo teórico es un instrumento, cuyo valor es su uso, y que por lo tanto culmina en una *manera* de llevar a cabo la psicoterapia. A esto se suele llamar –en un sentido algo impropio– técnica.

## LA PARADOJA DE LA CREENCIA

Sin embargo, hay aquí una gran paradoja. Como hemos señalado, para que la psicoterapia tenga un buen resultado el terapeuta debe creer en el modelo al que adhiere, y el paciente creer en el terapeuta y su modelo. Pero además está creencia debe *realizarse o ejecutarse permanentemente* durante el proceso, realización que se mostrará como *consistencia*. Esto significa que todos los involucrados en el proceso deben *creer* –dentro de cierto rango de interpretación personal– *en los ingredientes específicos que el modelo prescribe teóricamente*, y ser capaces de encarnarlos *coherente y personalmente en la acción psicoterapéutica, único modo de sostener una alianza terapéutica más o menos estable*. Esto significa que el modelo contextual es eficaz *en la medida en que se cree en el modelo médico*. Efectivamente, la creencia no es acerca de una creencia sino acerca de los ingredientes específicos, teóricos y técnicos, de un modelo en particular. Y es *justamente* tal creencia –y no los ingredientes específicos como tales– el factor que mejor predice el buen éxito de la psicoterapia, y que al mismo tiempo funda la posibilidad de la consistencia y la alianza, los otros dos principales predictores de tal buen éxito. Esta paradoja termina por explicar también la paradoja de la equivalencia, puesto que la creencia, la coherencia y la alianza no son privilegio de ningún modelo en particular.

De lo dicho se desprende que el modelo contextual no es un modelo de factores generales de la psicoterapia, que pudiesen ser “extraídos” y “purificados” teórica y técnicamente para maximizar su efecto (y así transformarlos en una parte más del modelo médico), y menos algo susceptible de ser practicado por sí mismo, pues *no* es por sí mismo sino tan sólo la manera en que denominamos a la creencia, la consistencia y la alianza, llevadas a cabo a través de cualquier modelo específico en el que efectivamente se crea.

Muchas Gracias