



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

REVISIONES • INVESTIGACIÓN • TEORÍA

GACETA UNIVERSITARIA

Temas y controversias en Psiquiatría

AÑO 1, VOLUMEN 1, Nº 3 DICIEMBRE DE 2005

www.gacetauniversitaria.cl

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



www.gacetauniversitaria.cl

Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: consultora@cycaconcagua.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

www.gacetauniversitaria.cl

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

ISSN: 0718-1973 (Versión impresa)

ISSN: 0718-1981 (Versión en línea)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

Médica 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 "José 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 el 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 ÁLVAREZ

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 postraumático, la depresión y la psiconeuroendocrinología.



GUILLERMO 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 Psicodiagnóstico: 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, Universidad 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, EE.UU. 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 Universidad 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 límite 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 el 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 Académicos:

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

Líneas 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, cornista, 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 República.



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)

perteneiente 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 en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de post grado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y posteriormente en el Hospital 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 realizado 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 da 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 bilógica de Matte Blanco, la relación entre realidad externa e interna, entre otros temas.



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

Médico Cirujano U. de Chile.
Médico Psiquiatra U. de Chile.
Profesor Asistente Fac. de Medicina U. de Chile.
Formación en Administración de RR.HH. en

Salud en PIAS
Formación en Bioética en U. de Chile

Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en USA.

Subdirector Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina U. de Chile.

Socio de Sonepsyn.



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 la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la 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. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad 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).



EUGENIO OLEA B.

Médico-Cirujano de la Universidad de Chile
Psiquiatra de la Universidad de Chile
Especialista en Psico-Oncología de la Universidad de París V

Coordinador de Postgrado Unidad Docente Facultad de Medicina de la Universidad de Chile-Instituto Psiquiátrico.

Jefe de Sector 7, Instituto Psiquiátrico
Consultor Unidades de: Cuidados Paliativos y Psico-Oncología, Instituto Nacional de Cáncer.

Secretario de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Afiliado a la WFSBP.

Miembro fundador del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, afiliado al CINP.

Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental.
Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED)



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 Magíster 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 Magíster 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. INVESTIGACIÓN: 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. Pertenecer 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.psiquiatriachile.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 del 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.



PABLO SALINAS T.

Médico Psiquiatra. Egresado de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Occidente, Hospital San Juan de Dios. Post graduado en psiquiatría adultos de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador. Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



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.



LUÍSTA 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

218 EDITORIAL

218 LA PSIQUIATRÍA EN TIEMPOS DE CAMBIO Y LA EDUCACIÓN
MÉDICA CONTINUA
Juan Pablo Jiménez

223 BREVES
Francisco Bustamante

224 NOVEDADES
Alberto Botto

225 SITIOS DE INTERÉS

226 ACADÉMICAS

229 COMENTARIO DE LIBROS

229 EL LENGUAJE DE LOS ESQUIZOFRÉNICOS (SCHIZOPHRENIC SPEECH)
Mario Vidal

233 TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
César Ojeda

236 RESEÑA

236 LEYENDO A FREUD: UNA EXPLORACIÓN CRONOLÓGICA DE LOS
ESCRITOS DE FREUD (READING FREUD: A CHRONOLOGICAL
EXPLORATION OF FREUD'S WRITINGS)
Ramón Florenzano

237 OPINIÓN

237 LA ATENCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA ENFERMEDAD
DEPRESIVA
Enrique Jadresic

240 ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

240 SERGIO PEÑA Y LILLO:
LA ANGUSTIA, LA ENFERMEDAD Y EL HOMBRE

254 REVISIÓN

254 EL PAPEL DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN LA DEPRESIÓN BIPOLAR
Juan Carlos Martínez, Hernán Silva

269 REVISIÓN

269 LA SALUD DE LOS MÉDICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA
Claudio Fullerton

274 DEBATE

274 CONSIDERACIONES EN TORNO AL ESPECTRO BIPOLAR
Alberto Botto

279 MÁS ALLÁ DE LA MECÁNICA Y LA HIDRÁULICA SEXUAL:
HUMANIZANDO EL DISCURSO ALREDEDOR DE LA DISFUNCIÓN
ERÉCTIL
Peggy J. Kleinplatz

291 INVESTIGACIÓN

291 PSICOTERAPIA BREVE EN UNIDADES DE PSICOTERAPIA EN
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: LA INDICACIÓN ADAPTATIVA Y EL
CONTINUO "EXPRESIVO DE APOYO"
Guillermo de la Parra

307 ENSAYO

307 PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: APUNTES PARA UNA
CONCEPTUALIZACIÓN
Carlos Madariaga

LA PSIQUIATRÍA EN TIEMPOS DE CAMBIO Y LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Nos ha tocado practicar la medicina y la psiquiatría en medio de cambios acelerados, en tiempos en que las contradicciones de la modernidad se han hecho extremas, y con ello cambiado de manera radical la relación cotidiana con nosotros mismos. Para Anthony Giddens, el reputado sociólogo de la *London School of Economics*, sobrevivir en la sociedad contemporánea requiere de la incorporación rutinaria de conocimientos e información nueva a los entornos de acción, que de este modo se reorganizan y reconstituyen permanentemente. Basta pensar en el impacto a todo nivel que ha producido la explosiva expansión de Internet para entender lo que significa que la modernidad tardía se caracterice por la reflexividad generalizada: todos, personas, grupos e instituciones, hemos debido aprender, en menos de una década, a incorporar la Web en nuestros intercambios cotidianos. Respecto del conocimiento científico, tanto social como natural, la reflexividad de la modernidad contradice las expectativas del pensamiento ilustrado (aun siendo ella misma el producto de ese pensamiento). Los primeros padres de la ciencia y la filosofía modernas creían estar preparando el camino para un conocimiento con fundamentos seguros acerca de los mundos natural y social. Las pretensiones de la razón eran oportunas para superar los dogmas de la tradición, al ofrecer un sentimiento de certeza en sustitución del carácter arbitrario de los usos y costumbres. Pero la reflexividad de la modernidad mina, en realidad, la certeza misma que trae el conocimiento, incluso en los terrenos más nucleares de las ciencias naturales, pues la ciencia no se basa en la acumulación inductiva de pruebas sino en el principio metodológico de la duda. Cualquier opinión científica es susceptible de revisión –o deberá ser desechada plenamente– a la luz

de nuevas ideas o descubrimientos, sin que importe lo apreciada que fuera o lo bien establecida que aparentemente estuviera. La relación plena entre modernidad y duda radical es una cuestión que, una vez expuesta, no sólo supone un trastorno para los filósofos sino que es *existencialmente perturbadora para todos*.¹ Nos ha tocado, pues, practicar la psiquiatría en tiempos en que el oficio debe ejercerse y desarrollarse indisolublemente unido al estudio y a la reflexión crítica sobre la práctica.

CAMBIOS EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

La práctica médica, según existe en nuestro país, refleja de manera certera las características que Giddens atribuye a la sociedad moderna. El ámbito de la salud no escapa a las transformaciones radicales, y los profesionales que en ella trabajamos no nos libramos de una fuerte sensación de crisis. Como resultado de la investigación que nuestro grupo está llevando a cabo,² hemos detectado los principales elementos que parecen estar produciendo impacto en la subjetividad de los médicos.³ Éstos son el avance tecnológico acelerado, un modelo de trabajo médico cambiante, el tema del error médico y la judicialización de la medicina, las exigencias de mejor gestión y productividad, la transformación de los pacientes en usuarios con expectativas mayores (y frustradas) y, finalmente, un estado de reforma permanente al sistema de salud.

¿Quién podría negar que los avances en medicina son extraordinarios en todos los ámbitos del diagnóstico y la terapéutica? En psiquiatría, por ejemplo, la introducción de métodos de diagnóstico por imágenes sofisticará grandemente los problemas de la relación mente/cerebro. En terapéutica, el reciente desarrollo de

¹ Giddens A. *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península, Barcelona, 1995

² Jiménez JP. Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma. *Rev Méd Chile* 2004; 132(5): 635-636

³ Jiménez J. Cambios en el entorno del trabajo médico. *Rev Méd Chile* 2004; 132(5): 637-642

la farmacogenética (estudio del rol de la herencia en las variaciones individuales de la respuesta a xenobióticos) y de la farmacogenómica (estudio de las interacciones de base hereditaria entre el cuerpo y el fármaco), permitirán en breve una indicación personalizada de fármacos que aparentemente pertenecen a una misma familia.

Reformas que atañen a la sociedad en su conjunto, como la reforma procesal penal, en un ambiente en que los juicios por negligencia médica se han multiplicado⁴ y donde los psiquiatras pueden ser llamados como testigos expertos o como peritos, como también los adelantos en el reconocimiento de los derechos de los pacientes, en especial en el tema de la hospitalización forzada, nos obligan a conocer muy bien las implicancias legales de nuestra práctica cotidiana. Ya no basta saber psiquiatría, es necesario tener una sólida formación ética y una amplia información legal sobre el ámbito del ejercicio profesional. Algo semejante sucede en el campo de la reforma de la salud. La implementación de un sistema de atenciones garantizadas exigirá de los psiquiatras el conocimiento preciso de las guías y protocolos clínicos que serán paulatinamente introducidos como marco de la atención de un número cada vez mayor de patologías. De este modo, si un paciente consulta y le diagnosticamos, por ejemplo, depresión mayor, deberemos informarle cuáles son los tratamientos y los plazos en los cuales tiene derecho a aspirar y esperar una mejoría. Los psiquiatras que trabajan exclusivamente en el área privada y que reciben pacientes afiliados a Fonasa o a alguna Isapre, no se escaparán a las exigencias de la llamada salud administrada: los médicos guardianes o selectores, los protocolos, los pagos controlados, el número máximo de prestaciones por patologías o diagnósticos, etcétera.

Por su parte, los pacientes se han transformado en clientes. Son ahora usuarios con mayores expectativas y con una notable susceptibilidad a la frustración de aquéllas. El entorno y el escenario de la medicina es hoy, más que nunca, uno público, muy público. Los avances y los errores médicos se discuten en la televisión. Los propios médicos han aceptado ser parte de la farándula, discutiendo temas médicos propios de la consulta y de la intimidad de la relación médico-paciente en un set de televisión. Un médico puede mostrar los problemas y las soluciones del "cuerpo y el alma" con alto *rating*. La

medicina se encuentra al nivel de las telenovelas. Los programas de difusión médica y tecnológica, muchas veces fomentados por la industria farmacéutica, promueven con sus médicos las últimas novedades de la farmacología y de sus eventuales efectos terapéuticos. Se produce así, una vez más, el fenómeno de inducción artificial de la demanda por servicios especiales, normalmente de alto costo. La calvicie, la disfunción eréctil, la timidez, las molestias intestinales, y muchos otros factores de riesgo, pasan de un nivel de síntoma o de condición común, a la categoría de enfermedad. Se confirma así la frase "hay una píldora para cada enfermedad y una enfermedad para cada píldora". El paciente es cada vez más un consumidor de servicios, atento e inquisitivo, una persona que no se somete a cualquier procedimiento que proponga su médico, y que requiere mayor información y oportunidades para ejercer su autonomía. Todo esto nos exige no sólo estar al día sino poseer capacidad de pensamiento crítico para entregar de buena manera la mejor información que nuestros consultantes crecientemente nos requieren.

EL ERROR DE DESCARTES O UN NUEVO PARADIGMA PARA LA PSIQUIATRÍA

En las últimas dos décadas estamos asistiendo a un reemplazo en los paradigmas que rigieron la teoría y la práctica de la psiquiatría durante el siglo XX. Como bien lo ha descrito César Ojeda, estamos en el umbral de una "tercera etapa",⁵ en la cual la corriente que redujo la psiquiatría a la neurotransmisión deberá integrarse con la psiquiatría psicoanalítica y fenomenológica en un único paradigma, integrado y pluralista, en el marco de la teoría de la evolución. El nuevo paradigma de investigación deberá responder a dos preguntas básicas: ¿cómo se relaciona la mente con el cerebro y cómo podemos integrar perspectivas explicativas múltiples de la enfermedad psiquiátrica?⁶ Los avances en ciencias neurocognitivas y afectivas, que han descubierto que el cerebro es un órgano plástico que no termina de aprender hasta el último día de vida, así como el desarrollo de la psiquiatría evolucionaria, llevaron al premio Nobel Eric Kandel a proponer "Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría",⁷ capaz de integrar la psiquiatría, la psicología cognitiva y el

⁴ Sólo en los servicios públicos de salud se acumulaban al año 2000, demandas por 32.000 millones de pesos. Las transacciones extrajudiciales estaban, en promedio, entre los 120 y 130 millones de pesos por casos con resultado de muertes ocurridas en hospitales públicos

⁵ Ojeda C. *La tercera etapa. Ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea*. Cuatro Vientos, Santiago, 2003

⁶ Kendler SK. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162:3

⁷ Kandel ER. A New Intellectual framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155:4

psicoanálisis, con las ciencias neurocognitivas y afectivas en el marco de una aplicación consistente de la teoría de la evolución. Dentro de este marco renovado, la dicotomía cartesiana entre mente y cerebro deja de tener sentido y utilidad práctica. La psicoterapia es ahora considerada un tratamiento "biológico", desde el momento en que produce "cambios persistentes en la conducta a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión de los genes, alterando la fuerza de las conexiones sinápticas e induciendo cambios estructurales que alteran al patrón anatómico de las interconexiones entre las neuronas" (*op. cit.* p. 460). Sin embargo, las tendencias integrativas no acaban aquí. El profesor Joseph Martín, neurólogo y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, plantea una controvertida integración de la psiquiatría con la neurología.⁸ Para él, neurología y psiquiatría han sido separadas artificialmente por divergencias filosóficas y metodológicas que ya no se justifican, pues los avances científicos recientes muestran que la investigación en neurología y psiquiatría usa herramientas comunes, tiene preguntas y marcos teóricos comunes. La comprensión de enfermedades cerebrales exige, pues, colaboración e integración de los campos. Pero para que esta integración sea posible el decano Martín advierte que "las universidades deben introducir los conceptos comunes nucleares de neurociencias en el currículo de la carrera de medicina" (*op. cit.* p.702). Yo agregaría que también es necesario que las universidades introduzcan cambios en el currículo de postgrado e instauren programas consistentes de formación continuada para especialistas ya formados.

LA IRRUPCIÓN DE LA SALUD MENTAL BASADA EN LA EVIDENCIA

Los años noventa vieron nacer un vigoroso movimiento de renovación científica de *Medicina Basada en Evidencias*.⁹ Desde que, en 1992, un grupo de académicos de la Universidad de McMaster en Canadá acuñara el término, el número de artículos sobre la práctica médica basada en la evidencia ha crecido de manera exponencial, y el interés internacional sobre esta nueva concepción ha llevado al surgimiento de muchas revistas que resumen los estudios más relevantes para la práctica

médica, con una creciente difusión a lo largo y ancho del mundo. La revista *Evidence-Based Mental Health* lleva 8 años de publicación (www.ebmentalhealth.com). Internet ha acogido naturalmente esta manera de diseminar el saber científico médico y todos los días surgen nuevos sitios que ponen los últimos conocimientos al alcance de los profesionales de la salud y del público en general. Aunque el concepto o idea no es nuevo, este acontecimiento surge ligado a la introducción de la estadística, y el método epidemiológico en la práctica médica, al desarrollo de herramientas que permiten la revisión sistemática de la bibliografía y la adopción de la evaluación crítica de la literatura científica, como forma de graduar su utilidad y validez. La medicina basada en pruebas es la manera de abordar los problemas clínicos, utilizando para solucionar éstos los resultados originados en la investigación científica. En palabras de sus precursores "es la integración de las mejores evidencias de la investigación con la experiencia clínica y con los valores del paciente" (*op. cit.* p. 1).

Diversos estudios han mostrado que los clínicos tienden a subestimar sus necesidades de información actualizada y que, cuando las reconocen, no tienen acceso a las fuentes de conocimiento más confiables y menos sesgadas. En general, se acepta que en medicina no más del 20% de los procedimientos aplicados en clínica tienen algún fundamento científico. Esta realidad ha conducido a una brecha creciente entre investigación y práctica clínica que se manifiesta en variaciones en el diagnóstico y en la terapéutica no fundamentadas científicamente. Sólo hay dos explicaciones para tales variaciones: o no hay pruebas científicas (evidencias) en las cuales basar la práctica o estas evidencias existen pero, al menos algunos de nosotros, no las usamos. El hecho es que la "experiencia clínica" sola no basta, ésta puede estar irremediabilmente sesgada si no es permanentemente criticada desde la investigación científica. El resultado inevitable de esta situación es que un grupo de pacientes no está recibiendo la mejor atención disponible en la actualidad. En la práctica médica habitual se siguen medidas introducidas de modo empírico y que se aceptan sin crítica aparente. Lo que pretende la medicina basada en pruebas es que esta práctica se adecue a la investigación clínica disponible de modo que, una vez localizada y evaluada por el médico, sea aplicada para mejorar el cuidado de sus pacientes y su propia práctica. Estar al día en los avances de la especialidad ha llegado a ser, así, no sólo una exigencia técnica sino, en primer lugar, un deber ético con implicancias legales.

Con todo, quienes investigan en el área de salud mental siguen quejándose, consternados, porque el

⁸ Martín JB. The integration of neurology, psychiatry and neuroscience in the 21st century. *Am J Psychiatry* 2002; 159:5

⁹ Sackett DL, Straus ShE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE*. Harcourt, Madrid, 2001

fruto de su arduo y dedicado trabajo a menudo permanece sin ser usado por los clínicos y por quienes deciden las políticas de salud. A pesar de los volúmenes de evidencias de investigación disponibles, relativamente es poco diseminado y aplicado en la práctica. Entre las muchas estrategias que se discuten para remediar esta situación hay una que quisiera destacar. Se trata del fomento de la función de “corretaje de conocimiento” que debieran desempeñar algunas personas o instituciones.¹⁰ Estos “*knowledge brokers*” o “corredores de conocimiento” serían especialistas conocedores de la literatura de investigación, de los problemas clínicos y de las necesidades e intereses que guían la toma de decisiones en el nivel de las autoridades de salud. A la vez, debieran ser capaces de comunicar entre sí a las partes involucradas como también a través de los medios de comunicación masivos. Esta es una función que debe ser fomentada por las directivas de las sociedades científicas y las organizaciones gremiales. Con todo, también es tarea de la universidad el desarrollar y mantener un sistema permanente de educación continuada que permita a sus egresados estar al día en la información relevante para la práctica de la profesión. Esto es especialmente importante, pues hemos observado, con alarma, que la medicina basada en la evidencia –en contra de la intención de quienes la introdujeron– se transforma fácilmente en ideología, es decir, en un tipo de conocimiento que se aplica sin ningún juicio crítico. Precisamente, la capacidad de “leer” los estudios científicos requiere la capacidad de enjuiciar el grado de evidencia que ellos contienen, y esta capacidad debe ser enseñada y desarrollada desde la universidad.

HACIA UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUADA AVANZADA EN PSIQUIATRÍA

De los antecedentes expuestos, surge naturalmente la necesidad de establecer programas de postítulo de educación continuada en psiquiatría. El progreso acelerado crea una temprana obsolescencia del conocimiento, que exige un proceso de estudio permanentemente renovado por parte del profesional. Además, la formación continuada de postítulo permite adaptarse a la demanda y ritmo de los cambios en salud. Si la educación de pregrado conduce a la adquisición de competencias básicas, éstas deben ser permanentemente actualizadas, renovadas y profundizadas en conocimientos y destrezas particulares. Si la formación de especialista en psiquiatría conduce a un conjunto de conocimientos y destrezas de mayor complejidad, cuya adquisición requiere de periodos de práctica supervisada, éstos pueden (y deben) ser enriquecidos con estadías posteriores. La formación continuada de postítulo es de este modo una necesidad ineludible que permite prolongar el proceso formativo a lo largo de la vida profesional. Por cierto, las sociedades científicas se han hecho cargo desde hace años de la tarea de llevar adelante programas de educación continuada. Sin embargo, pensamos que es una tarea que naturalmente pertenece a la actividad universitaria. La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con sus tres departamentos de Psiquiatría y Salud Mental, está en una posición privilegiada dentro del contexto nacional para asumir un liderazgo en este sentido. En un futuro cercano, esta revista colaborará con la tarea de ofrecer programas continuados de educación psiquiátrica avanzada.

JUAN PABLO JIMÉNEZ

¹⁰ Waddell Ch. So much research evidence, so little dissemination and uptake: mixing the useful with the pleasing. *Evidence-Based Mental Health*. 2001; 4 (1): 3-5

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
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; 30; 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.^{1,2}
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.

¹ Capra, F. *The Hidden Connections*, Doubleday, New York, 2002.

² Angst J, Hochstrasser B. Recurrent Brief Depression: The Zurich Study: J Clin Psychiatry 1994; 55:3-9.

Francisco Bustamante¹

ATÍPICOS VERSUS TÍPICOS: LA ETERNA DISCORDIA

La edición del 22 de septiembre de este año del *New England Journal of Medicine* publica los resultados de la fase 1 del Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE), iniciado por el NIMH (National Institute of Mental Health) de Estados Unidos para comparar la efectividad de distintos antipsicóticos. Fue un estudio prospectivo, multicéntrico, de 3 años de duración.

La muestra consistió en 1.493 pacientes entre 18 y 65 años, con diagnóstico de esquizofrenia, los cuales fueron asignados en forma aleatoria y en doble ciego a recibir olanzapina, perfenazina, quetiapina, risperidona o ziprasidona. Posteriormente los pacientes fueron seguidos por 18 meses mediante evaluaciones seriadas con el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) y CGI (Clinical Global Impression).

El 74% de los pacientes discontinuó el tratamiento antes de los 18 meses, siendo olanzapina el que tuvo mayor tiempo sin discontinuación, aunque no alcanzó una diferencia estadísticamente significativa respecto a perfenazina y ziprasidona, pero sí lo logró sobre quetiapina y risperidona.

Todos los grupos experimentaron una mejoría en el PANSS, lo mismo que en el CGI. Los pacientes que recibieron olanzapina tuvieron una menor tasa de hospitalización por descompensación de su esquizofrenia, aunque presentaron un mayor aumento de peso y alteraciones metabólicas.

Este estudio parece estar más centrado en comparar los tiempos de discontinuación y la causa de ello entre los distintos antipsicóticos, que en evaluar su eficacia sobre la sintomatología esquizofrénica (lo cual ocupa sólo un pequeño párrafo en ese artículo). Desde este punto de vista, olanzapina aparece con una pequeña ventaja por sobre los demás en cuanto a adherencia, y entre éstos no se aprecian diferencias claras.

Una de mis primeras preguntas sobre este artículo fue ¿por qué no ocuparon haloperidol? Los investigadores responden que eligieron perfenazina por su bajo potencial en causar síntomas extrapiramidales (lo cual podría romper el ciego). Entonces me acordé de otra publicación aparecida en el *JAMA*, en donde se comparó olanzapina con haloperidol, en cuanto a efectividad sobre los síntomas y costo-beneficio. El diseño del estudio fue de doble ciego, prospectivo y multicéntrico con un seguimiento de un año. Para evitar que los síntomas extrapiramidales rompieran el ciego, los pacientes asignados a haloperidol recibieron además benzotropina profiláctica.

Los autores concluyeron que si bien olanzapina presentaba una menor frecuencia de akatisia y de diskinesia tardía, no hubo diferencias con respecto a la retención de los pacientes en el estudio, síntomas positivos y negativos y calidad de vida. Diferencias pequeñas pero significativas fueron observadas al evaluar memoria y función motora. Estos resultados deben ponderar el aumento de peso con olanzapina y su mayor costo.

Cada vez más, la evidencia parece demostrar que no existen diferencias significativas en cuanto a grupo (atípicos versus neurolepticos); más bien éstas son individuales (entre fármacos) y bastante modestas.

1. Metodología del CATIE: Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull* 2003; 29: 15-31
2. Resultados CATIE fase 1: Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209-23
3. Comparación HAL vs. OLZ: Rosenheck R, Perlick D, Bingham S, et al. Effectiveness and Cost of Olanzapine and Haloperidol in the Treatment of Schizophrenia. *JAMA* 2003; 290: 2693-2702

¿CUÁL ES SU VISIÓN DE LA MUERTE?

Durante este año la revista inglesa *The Lancet* publicó, bajo su columna "Viewpo-

int", una serie de artículos que describen las distintas visiones religiosas sobre la muerte comenzando por la hindú (número 9486), el islam (número 9487), el judaísmo (9488), el budismo (9489), la visión tradicional cristiana (9490), la católica (9491) y la humanista (9492).

¿Cuál es la suya?

www.thelancet.com

GENOTIPOS, FENOTIPOS Y ENDOFENOTIPOS DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Para nadie es un misterio que todavía no se puedan encontrar correlatos biológicos definidos y constantes en los trastornos psiquiátricos, pese al avance de las técnicas de estudio molecular y de neuroimágenes. Una de las razones podría ser la insuficiente precisión diagnóstica de los manuales de la APA y de la OMS, que, fundados en criterios operacionales, incluyen varios grupos nosológicos distintos en un mismo trastorno (ver en esta misma sección del número anterior mi comentario sobre el artículo de los trastornos de la alimentación publicado este año en el *BJP*). Estos "subgrupos" podrían presentar hallazgos somáticos diferenciales que no son pesquizables si se agrupan bajo una sola categoría diagnóstica. Por este motivo, los estudios genéticos tampoco han sido concluyentes.

Para salir del atolladero, muchos grupos de investigación están centrando su estudio en buscar rasgos intermedios entre el genotipo y el fenotipo, los llamados *endofenotipos* (1), rasgos fenomenológicos simples, que serían la expresión de unos pocos loci genéticos. Pueden ser variables neurofisiológicas, bioquímicas, endocrinas, neuroanatómicas, cognitivas o rasgos de personalidad.

Los endofenotipos muchas veces son compartidos por varios trastornos de distintas categorías (ej. trastornos del ánimo, ansiosos, etc.).

Recientemente se han planteado 3 subgrupos de endofenotipos para el trastorno afectivo bipolar (2):

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

- El primer subgrupo está caracterizado por la presencia de episodios psicóticos y cuya alteración podría encontrarse en los cromosomas 13q y 22q.
- El segundo incluye una alta comorbilidad con trastornos ansiosos y ciclos rápidos, probablemente debido a una disfunción del cromosoma 18.
- Finalmente está el cuadro clásico con depresiones y manías que responden a litio.

¿Son estos “subgrupos” variantes de una misma enfermedad, o son entidades nosológicas distintas? Como mencioné anteriormente, un mismo endofenotipo puede ser compartido por varios trastornos y sólo la presencia de varios endofenotipos definidos podrían llegar a constituir una enfermedad claramente delimitada. Luego, el “espectro bipolar” ¿podría no ser tal? Ya desde la década de los años 1960, Karl Leonhard había llamado al primer subgrupo *psicosis cicloides*, distinguiéndolo claramente de la enfermedad maniaco-depresiva (que sería el tercer subgrupo) (3), y el mismo Akiskal ha planteado que el segundo subgrupo podría corresponder a ciertas formas de trastorno de personalidad limítrofe (4).

Probablemente estemos asistiendo a una nueva evolución de la psiquiatría, en la cual puede que desaparezcan algunos constructos diagnósticos y surjan otros nuevos (1).

1. Weiser M, Van Os J, Davidson M. Time for a shift in focus in schizophrenia: from narrow phenotypes to broad endophenotypes. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 203-05
2. MacQueen GM, Hajek T, Alda M. The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations. *Molecular Psychiatry* 2005; 10: 811-26
3. Leonhard K, Beckmann H. Classification of Endogenous Psychoses and their Differentiated Etiology. Springer-Verlag, Wien, 1999
4. Akiskal HS, Pinto O. The Evolving Bipolar Spectrum, Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America* 1999; 22 (3): 517-34

NOVEDADES

Alberto Botto¹

HIPOMANÍA MIXTA: UN NUEVO ESTADO EN EL ESPECTRO BIPOLAR

La coexistencia de síntomas depresivos y maníacos es un fenómeno que ha sido reconocido y descrito desde la antigüedad. En el sistema de clasificación del DSM-IV-TR se considera a este fenómeno como un Estado Mixto. Sin embargo, hoy en día existe un intenso debate sobre qué es lo que constituye la bipolaridad y cuáles son sus fronteras. La naturaleza dinámica de las manifestaciones clínicas de las enfermedades del ánimo (manía disfórica, depresión mixta, personalidad ciclotímica, etc.) ha ampliado el campo de discusión hacia las distintas expresiones de la *mixtura*.

El reconocimiento de las distintas fases de la enfermedad bipolar tiene una especial importancia en la implementación de un tratamiento adecuado, lo que se ha evidenciado en la aparición, durante los últimos años, de variadas guías clínicas en torno al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

La mayoría de los estudios sobre estados mixtos se ha realizado considerando estrictamente los criterios diagnósticos para episodios maníacos. En ese sentido, estados que podrían considerarse más leves o subsindromáticos dentro del espectro de la *mixtura* como la hipomanía mixta (hipomanía disfórica o hipomanía acompañada de síntomas depresivos) han recibido una menor atención, pudiendo pasar desapercibidos.

Debido a la dificultad en el reconocimiento de periodos hipomaniacos leves no es infrecuente que pacientes bipolares de tipo II sean diagnosticados como depresivos monopolares. Por otra parte, la idea de que la hipomanía sería fundamentalmente eufórica pudiera contribuir al error en el diagnóstico, especialmente si se considera que los pacientes suelen no reportarla como un síntoma, salvo que sea dirigida-

mente investigada. Finalmente, el riesgo conocido del uso de antidepresivos como monoterapia en trastornos del espectro bipolar constituye otro argumento para subrayar la importancia del reconocimiento de los estados intermedios.

Un artículo de octubre de 2005 publicado en *Archives of General Psychiatry* (1) concluyó que la hipomanía mixta es frecuente en pacientes con síntomas de hipomanía, especialmente en mujeres.

El estudio, de tipo naturalístico prospectivo, fue realizado en centros académicos de investigación de Estados Unidos y Europa e incluyó a más de 900 pacientes durante un periodo de aproximadamente 7 años. Las hipótesis de trabajo fueron dos: 1. La hipomanía mixta es más frecuente que la hipomanía eufórica en pacientes con enfermedad bipolar, y 2. La hipomanía mixta es más frecuente en mujeres que en hombres. Se utilizaron dos instrumentos de evaluación: la Young Mania Rating Scale (YMRS) y el Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician-Rated Version (IDS-C).

Los resultados indicaron que los pacientes con enfermedad bipolar de tipo I experimentaron con mayor frecuencia hipomanía que aquellos con enfermedad bipolar de tipo II. El 57% de quienes presentaron síntomas hipomaniacos cumplieron con criterios para hipomanía mixta, siendo más frecuente en mujeres.

Este estudio sugiere que la hipomanía mixta es un componente común y reconocible dentro de las manifestaciones de bipolaridad, por lo que debiera considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas hipomaniacos y/o depresivos. Según los autores, la presencia de síntomas hipomaniacos en la mujer (e irritabilidad o agitación en el hombre) que cursa una depresión sugiere altamente la presencia de un trastorno del espectro bipolar. Además, quienes presenten un episodio con características de hipomanía mixta tendrían un peor pronóstico debido a una mayor duración del episodio, mayor riesgo de recurrencia y de suicidalidad. Para algunos, la presencia de disforia sería un marcador de riesgo altamente específico para suicidalidad.

Los autores señalan las deficiencias que podrían existir en el DSM-IV-TR al momento de definir los cuadros del espectro bipolar,

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente Universidad de Chile.

argumentando que dichos criterios serían muy restrictivos y, por lo tanto, poco específicos para detectar cuadros intermedios o subsindromáticos como la hipomanía mixta. Finalmente, en cuanto a las limitaciones del estudio, se plantea que la sobreposición de síntomas en la evaluación con las distintas escalas podría alterar los hallazgos.

En resumen, más allá de las categorías diagnósticas del DSM-IV-TR, existiría un grupo de pacientes dentro del espectro bipolar con manifestaciones propias de la mixtura subsindromática, especialmente mujeres, que pudieran pasar desapercibidos y, por lo tanto, debieran pesquisarse dirigidamente.

1. Suppes T, Mintz J, McElroy S, *et al.* Mixed Hypomania in 908 Patients with Bipolar Disorder Evaluated Prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1089-1096

SITIOS DE INTERÉS



Psychotherapy.net: Resources to Inspire Therapists: Interviews and Videos with Master Therapists (Yalom, Meichenbaum, Ellis, Kernberg, Gottman, Insoo Kim Berg, Bugental, Polster and others), Articles, Cartoons and More. No Dry Academic Drive!...Guaranteed!

GU recomienda visitar este sitio, dirigido por Randall C. Wyatt, psicólogo, profesor adjunto de la California School of Profesional Psychology, y colaborador de nuestra revista.

APERTURAS PSICODANALÍTICAS

HACIA MODELOS INTEGRADORES

Revista Internacional de Psicoanálisis

www.aperturas.org

El nombre de esta revista virtual refleja el ánimo que la inspira: aperturas dentro del psicoanálisis y, también, al diálogo y confrontación con otras disciplinas (psicología cognitiva, neurociencia, lingüística, epistemología, etc.). Fundada y dirigida por Hugo Bleichmar, psiquiatra y psicoanalista argentino residente en Madrid, profesor de la Universidad de Comillas, lleva 7 años en Internet y ha prestado un gran servicio a los psicoanalistas, psicoterapeutas y psiquiatras de habla hispana. La revista publica artículos originales y traducciones que abordan problemas fronterizos constituyendo un frente de vanguardia intelectual en el campo del psicoanálisis y la psicoterapia. Es altamente recomendable para psiquiatras interesados en la interdisciplina.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

POSTÍTULO EN PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA ESTRATEGIAS DE APOYO Y EXPLORACIÓN

La escuela de Psicología de la Universidad de Los Andes, en su interés por la formación de postgrado y postítulo, presenta este programa de perfeccionamiento profesional para psicólogos y psiquiatras.

El Postítulo en Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica pone énfasis en el desarrollo de habilidades clínicas, a través de una metodología teórico-práctica que incluye seminarios, trabajo directo con pacientes y una dedicación docente personalizada.

La psicoterapia psicoanalítica proporciona un modelo de comprensión de la psicopatología que aporta una variedad de recursos para abordar los distintos cuadros. Estos recursos van desde aquellos que implican diversas formas de apoyo hasta aquellos destinados al desarrollo de mayor capacidad de insight. El continuo expresivo-apoyo provee un marco de referencia consistente y amplio para definir objetivos, indicaciones y formas de trabajo en psicoterapia individual de adolescentes y adultos.

Metodología:

Actividades de formación teórica:

Clases expositivas y seminarios bibliográficos semanales en base a material de lectura asignado.

Actividades de formación clínica:

Observaciones a través de espejo de visión unidireccional de primeras entrevistas y de psicoterapia seguidas de discusión.

Conducción de dos procesos psicoterapéuticos paralelos con frecuencia de 1 a 2 sesiones por semana con supervisión semanal.

Supervisión en grupo con diferentes docentes.

Plana de Docentes y Supervisores:

Director del Programa: Dr. Alfonso Pola Matte

- Belmar Naudón, Andrés. Psiquiatra U. de Ch. Psicoanalista APCH-IPA
- Brunet Echavarría, Marie France. Psiquiatra U. de Ch. Psicoanalista APCH-IPA
- Correa Montalva, Andrés. Psicólogo UGM. Psicoanalista ©
- Larraín Ibáñez, Francisca. Psicóloga PUC. Psicoanalista y Supervisora APCH-IPA
- Larraín Sundt, María Elena. Psicóloga PUC. Acreditada como Psicóloga Clínica y Supervisora. Postítulo en Fundamentación Filosófica por Universidad de Los Andes y Doctor © en Filosofía por la Universidad de Los Andes y la Universidad de Navarra.
- Manríquez León, María Teresa. Psiquiatra U. de Ch. Psicoanalista APCH-IPA
- Peñailillo Chi, Patricio. Psiquiatra U. de Ch. Psicoanalista APCH-IPA
- Pola Matte, Alfonso. Psiquiatra U. de Ch. Psicoanalista y Supervisor APCH-IPA
- Von Teuber Viveros, Francisca A. Psicóloga UDP. Acreditada como Psicóloga Clínica y Supervisora.
- Zegers Prado, Beatriz, Psicóloga PUC. Psicóloga PUC. Acreditada como Psicóloga Clínica y Supervisora. Postítulo en Fundamentación Filosófica, por Universidad de Los Andes y Doctor © en Filosofía por la Universidad de Los Andes y la Universidad de Navarra.

Lugar: Las actividades se desarrollarán en el Policlínico El Salto y en el Campus de la Universidad de Los Andes.

Dirigido a: Psicólogos y Psiquiatras titulados interesados en adquirir destrezas diagnósticas y terapéuticas en el modelo psicoterapéutico psicoanalítico, destinado a la atención de pacientes adolescentes y adultos.

Cupo: El programa de Postítulo comenzará con un cupo de 20 alumnos.

Requisitos de ingreso: 1. Título profesional de Psicólogo y grado académico de Licenciado en Psicología o título de Médico Psiquiatra.
2. Entrevista personal con el equipo directivo del Postítulo.
3. Curriculum vitae.

Fecha de postulación: Diciembre 2005

Fecha de inicio: Marzo 2006

Certificación: Certificado otorgado por la Escuela de Psicología de la Universidad de Los Andes del Programa de Postítulo en Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica: Estrategias de Apoyo y Exploración, reconocido por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos.

Aranceles:

Matrícula: 3 UF

Mensualidad: 11 UF

Para mayor información:
fventeuber@uandes.cl



**Instituto
Chileno
de Terapia
Familiar**

PROGRAMA DE POSTÍTULO

TERAPIA SISTÉMICA DE FAMILIAS Y PAREJAS

MARZO 2006 – ENERO 2008

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

Dirigido a: Psicólogos y Psiquiatras
Duración: 2 años
Fecha de Inicio: 14 de marzo de 2006
Cupo Máximo: 20 Terapeutas en Formación
Requisito: Entrevista Personal
Título: Terapeuta Familiar y de Parejas

DIPLOMADO DE ESPECIALIZACIÓN EN

TERAPIA DE PAREJA

ABRIL 2006 – ENERO 2007

Docentes

Supervisores: Dr. Sergio Bernal, Ps. Sylvia Campos, Dra. Ximena Fuentes, Dr. Luis Tapia Villanueva.
Unidad Terapia de Pareja: Ps. Soledad Cifuentes, Dr. Rodrigo Erazo, Ps. Pablo Isakson, Ps. Soledad Sánchez, Ps. Maritza Téllez.

Dirigido a: Psicólogos y Psiquiatras.
Deseable tener formación como Terapeuta Familiar
Duración: 10 meses (abril 2006 a enero 2007)
Día y horario: Jueves, de 14 a 19 horas
Requisitos de Ingreso: Tener al menos dos años de experiencia como psicoterapeuta
Entrevista personal
Cupo máximo: 20 profesionales

DIPLOMADO DE ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIA

FAMILIAR ORIENTADA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

ABRIL 2005 – ENERO 2006

Supervisores: Dr. Eduardo Carrasco, Dr. Patricio Álvarez
Docentes invitados: Dra. Patricia Cordella, Ps. María Teresa del Río, Ps. Eduardo Nicholls, Ps. Felipe Lecannelier.
Dirigido a: Psicólogos o Psiquiatras con formación en terapia familiar que deseen especializarse en la terapia orientada a niños y adolescentes.
Requisitos de ingreso: Ser psicólogo o psiquiatra, tener formación en Terapia Familiar y aprobar entrevista personal.
Cupo máximo: 10 profesionales
Período de postulación: Desde el 3 de octubre de 2005 al 13 de enero de 2006. Enviar C.V y documentos de postulación. (bajar desde portal web: www.terapiafamiliar.cl)
Informaciones coordinadora diplomados: Ps. Francisca Morales (fcamorales@gmail.com)

Informaciones y postulaciones
INSTITUTO CHILENO DE TERAPIA FAMILIAR
Secretaria Docente: Sra. Helga Sobarzo Solís.
Avda. Larráin 6925 La Reina, Fonos: 226-3768 277-3518 Fax: 277-8398
instituto@ichtf.cl www.terapiafamiliar.cl

DIPLOMADO EN TERAPIA CONDUCTUAL DIALECTICA DE MARSHA LINEHAN

POSTITULO DE PERFECCIONAMIENTO DESTINADO A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

ABRIL – DICIEMBRE 2006

ORGANIZA: Unidad Terapia Conductual Dialéctica
Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente
Universidad de Chile

CERTIFICA: Escuela de Postgrado Universidad de Chile

- Un ciclo completo de Terapia Grupal (módulos de mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar).
- Terapia individual, protocolo de manejo de intento suicida, parasuicidio, crisis.
- Reuniones de Consultaría (supervisión)
- Aplicación de las habilidades con pacientes en terapia individual y grupal

Director del Postítulo: Prof. Dr. Juan Francisco Labra, entrenado en TCD por Marsha Linehan, Universidad de Washington.

Coordinador del Postítulo: Ps. Cecilia Brahm, entrenada en TCD por Marsha Linehan, Universidad de Washington.

Docentes Invitados: Prof. Dr. Ramón Florenzano
Prof. Dr. Juan Pablo Jiménez

VALORES: Matrícula \$ 71.250
Mensual \$ 120.000

Informaciones e inscripciones: Edita Saravia (teléfono: 2358593)

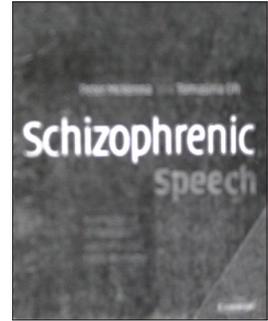
CUPOS LIMITADOS

COMENTARIO DE LIBROS

EL LENGUAJE DE LOS ESQUIZOFRÉNICOS SCHIZOPHRENIC SPEECH

Autores: **Peter McKenna y Tomasina Oh**
Cambridge University Press, London, 2005

(Rev GU 2005; 1; 3: 229-232)



Mario Vidal¹

Los autores Peter McKenna (psiquiatra) y Tomasina Oh (lingüista), con muchos años dedicados al estudio del trastorno del pensamiento en pacientes esquizofrénicos, entregan en este libro una revisión de los principales enfoques sobre el tema para luego plantear su propia posición.

En la historia de la psiquiatría los trastornos del pensamiento en la esquizofrenia han ocupado siempre un lugar destacado. Kraepelin los consideró como una perturbación heterogénea, que incluía fallas en el pensamiento formal, en la sintaxis y gramática, y en el lenguaje. Para Bleuler, consistían en un trastorno exclusivamente del pensar, fundamentalmente en la asociación de ideas. Kleist lo vio como un trastorno del lenguaje, en el sentido de las disfasias que ven los neurólogos.

Los autores hacen ver el renovado interés que ha surgido últimamente, especialmente a partir de los trabajos de Andreasen (1979) y el gran desarrollo que han tenido los estudios neuropsicológicos en los años recientes. Fue mérito de Andreasen, desde una postura puramente descriptiva, uniformar la terminología en uso y definir rigurosamente 18 ítem de anomalías fácilmente reconocibles en el trabajo clínico, y englobados, sin mayor distinción, como trastornos del pensamiento, lenguaje y comunicación (TLC por sus iniciales en inglés). Al mismo tiempo, la autora diseñó una escala

para cuantificar cada ítem según el grado de perturbación, un instrumento de mucho valor cuando se quiere comparar la presencia de una misma anomalía en diversos cuadros clínicos.

McKenna y Oh se preguntan si el trastorno del pensamiento constituye un síndrome discreto, separable y distinto de otros síndromes clínicos. Ya Kraepelin había planteado ese problema, al describir en algún momento de su sistematización de la esquizofrenia, un 5º sub-tipo: la demencia relacionada con el discurso confuso (*confusional speech dementia*). El síndrome está caracterizado por un discurso fluente, con descarrilamientos y neologismos frecuentes, y aunque completamente ininteligible, es entregado con una cierta satisfacción por parte del paciente; pueden también estar presentes ideas delirantes y alucinaciones que no tienen mayor repercusión en las actividades de la vida cotidiana. Esta forma "confusa" del trastorno del pensamiento fue recogida posteriormente por Wernicke y Kleist con el nombre de "esquizofasia", término ahora en desuso.

En la subdivisión en dos tipos que hizo Crow, el trastorno del pensamiento descrito como alogia (pobreza del discurso, pobreza del contenido del discurso, bloqueo, latencia aumentada en la respuesta) se incluye entre los síntomas negativos. El análisis factorial, aplicado a las correlaciones que se encuentran entre los sín-

¹ Departamento de Psiquiatría, Salud Mental, División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

tomas negativos y positivos, le permite a Liddle separar un tercer tipo, “desorganizado”, de esquizofrenia. La “pobreza del discurso” (laconismo excesivo que no permite entender al paciente) aparece significativamente correlacionado con los otros síntomas negativos, pero el ítem “pobreza del contenido del discurso” (el paciente habla mucho pero no dice nada), está correlacionado con otros síntomas del tipo desorganizado (en el que aparece también el “afecto inapropiado”).

El síndrome de trastorno del pensamiento, caracterizado por los autores como “un pensamiento difícil de seguir”, puede suponerse que obedece a más de una perturbación subyacente. El enfoque puramente descriptivo de Andreasen no pretende teorizar sobre esa perturbación. Por otra parte, el análisis factorial, al estudiar las correlaciones entre los diferentes componentes del síndrome, permite una mejor reagrupación de los mismos con criterios de significación estadística. La mayor consistencia interna abre mejores posibilidades para investigar las perturbaciones de base que podrían dar cuenta del trastorno, investigación que se viene realizando con cada vez más elaboradas pruebas neuropsicológicas.

Los autores han revisado las principales hipótesis que se han elaborado para explicar el trastorno del pensamiento –visto como un síndrome distinto pero no específico– de la esquizofrenia.

1. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO COMO DISFASIA

Kleist: los síntomas psicóticos son en esencia similares a los que se ven en lesiones focales del SNC. Los trastornos del lenguaje diagnosticados por los neurólogos (afasia expresiva de Broca, afasia sensorial de Wernicke) se deben a una lesión en el nivel inferior de la estructura nerviosa cuya función es el lenguaje; en la esquizofrenia estaría comprometido el nivel superior de esa estructura, que tiene que ver con el uso semántico de las palabras: cuando éste se altera aparecen algunos de los síntomas del trastorno del pensamiento: circunloquios, palabras aproximadas, metonimias, etcétera.

Para los autores el trastorno del pensamiento es algo más que un trastorno parecido a la disfasia (*disfasia-like disturbance of language*); tienen que haber además, otras anormalidades.

2. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO COMO FALLA EN LA COMPETENCIA COMUNICATIVA

El lenguaje cumple su función más importante cuando se propone comunicar algo a alguien; requiere, entre otras cosas, que hablante y oyente conozcan los múlti-

ples significados de las palabras –más allá del significado puramente literal– condición previa para compartir el sentido de lo que se está diciendo (corresponde al área de la lingüística llamada pragmática).

El trastorno del pensamiento esquizofrénico puede verse como un quiebre de la competencia comunicativa, lo que ha estimulado muchas investigaciones, especialmente en tres áreas: falla en la comprensión del contexto (lingüístico, conceptual, social) en que se está dando la comunicación; falla en el uso de ligazones asociativas (buen empleo de pronombres, conjunciones, etcétera) que permiten una correcta conexión entre las ideas y no tanto entre las palabras; falla en tomar en cuenta las necesidades del oyente. Esta última ha sido resumida en las cuatro máximas con que Grice define el “principio cooperativo”: a) cantidad (la información entregada no debe pecar de insuficiente ni excesiva), b) calidad (la información debe ser verdadera, no intencionalmente falsa), c) relevancia (centrarse en lo que es significativo, evitar detalles innecesarios), y d) estilo (debe ser ordenado, claro, evitar ambigüedades). Frith va más allá de las máximas de Grice y cree que cuando hay una falla en la comprensión de lo que dice un hablante se debe a un déficit en la capacidad de éste para construir un modelo del estado mental del oyente (“mentalización” o teoría de la mente).

Lo que nunca alcanzó a desarrollarse en el niño autista o en el síndrome de Asperger, en el paciente con esquizofrenia significa la pérdida de algo que se tuvo.

Los autores creen que las fallas en la competencia comunicativa es una explicación muy atractiva para entender esa cualidad de “difícil de seguir” del trastorno del pensamiento esquizofrénico, pero esa competencia no es sólo asunto de tomar en cuenta las necesidades del oyente; también incluye los otros aspectos mencionados: construcción del discurso más allá de sentencias aisladas, conocimiento de las convenciones sociales que modifican el diálogo (psicolingüística), aspectos que podrían estar involucrados de una manera distinta a como se investiga la pragmática con pruebas neuropsicológicas.

3. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO COMO FALLA DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

El término “función ejecutiva” fue introducido por Baddeley (1986) para reemplazar el antiguo concepto de “función del lóbulo frontal” por otro que, además de considerar las perturbaciones de la conducta y personalidad propias de las lesiones del lóbulo frontal, pusiera el acento en los cambios cognitivos involucrados. Aunque se parte de la premisa que el lóbulo frontal está

comprometido en muchos procesos ejecutivos, se supone que otras partes del SNC también lo están.

La falla fundamental residiría en el “sistema atencional supervisor” (modelo presentado por Norman y Shallice en 1982), sistema que controla conductas no rutinarias ni automatizadas y que requieren de alguna forma de planificación consciente.

Muchas fallas en el pensamiento esquizofrénico se han explicado por un “hipofrontalismo”. Con estudios de neuroimágenes –SPECT, PET– se comprobó una disminución del flujo sanguíneo del lóbulo frontal en pacientes esquizofrénicos especialmente cuando eran sometidos a tareas que exigían una mayor actividad del lóbulo frontal. Con las nuevas pruebas neuropsicológicas se han reinterpretado algunas anomalías del pensamiento esquizofrénico viéndolas ahora como fallas en la función ejecutiva, sean no de origen frontal: la iniciación del discurso requiere un tema que guíe la comunicación, cualquier déficit en ese aspecto dará paso a una pobreza del contenido del pensar; una falla cuando se requiere cambiar un punto de vista se mostrará en perseveraciones; una dificultad para suprimir una ocurrencia o un pensamiento intrusivo dará lugar a una interpenetración de temas; fallas en la planificación y selección de temas explicarán la incoherencia; déficit en el monitoreo de errores ayuda a entender que el paciente no advierte señales que emite el oyente expresando que no lo está siguiendo bien.

Se ha discutido si las fallas que muestran las pruebas neuropsicológicas corresponden a déficits específicos o a un déficit intelectual global. Barrera estudió pacientes esquizofrénicos con y sin trastornos del pensamiento, todos ellos con buen cociente intelectual (WAIS: 85 o más); examinados con una batería de 6 tests específicos diseñados *ad-hoc*, pudo ver que los errores eran consistentemente mayores en los pacientes con trastornos del pensamiento –y donde el déficit cognitivo global había quedado descartado de partida. Para los autores, los estudios neuropsicológicos sugieren que hay una asociación –aunque no una sola– entre trastornos del pensamiento y fallas en la función ejecutiva.

4. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO COMO FALLA DE LA MEMORIA SEMÁNTICA

Se conoce la diferencia entre memoria episódica (acontecimientos vividos por la persona que recuerda en un tiempo –cerca o lejano– y un lugar más o menos definido) de la memoria semántica. Ésta incluye cualquier conocimiento no adquirido en algún acontecimiento biográfico: conocimientos generales sobre el mundo, significados de las palabras, reglas sobre convencio-

nes sociales, conceptos abstractos como verdad, justicia, etcétera y, también, conocimientos de uno mismo, la “memoria semántica personal” (por ejemplo, datos sobre la propia identidad, predilecciones y aversiones, proyectos, etcétera).

La memoria semántica funciona como una red: el recuerdo de un dato concreto (no un suceso biográfico) activa por un período muy corto (milisegundos) el recuerdo de otros datos más o menos emparentados; el grado de activación es proporcional a la distancia semántica entre ellos.

En pacientes esquizofrénicos el proceso de facilitación semántica (*priming*) es mayor en magnitud (número de palabras que son activadas por la asociación con una palabra-estímulo) y en duración, lo que permite una intrusión de datos informáticos en el discurso, que normalmente habrían sido excluidos por no ser relevantes al tema (*hiperpriming*). El uso apropiado de cada palabra y la supresión de las asociaciones espurias constituyen la tarea de “decisión léxica”, tarea seriamente perturbada en la esquizofrenia con trastorno del pensamiento.

Cameron empleó el término “sobreinclusión” para describir las fallas observadas en la tarea de circunscribir el pensamiento a un solo tópico de referencia y pensó que esa falla estaba en la base de otras anomalías descritas: pensamiento asindético (incoherencia), distorsión metonímica (palabras aproximadas), interpenetración de temas (quiebre de los límites entre el recuerdo de conocimientos generales y personales).

MacKenna y Oh piensan que no hay duda que la memoria semántica está perturbada en la esquizofrenia, pero más en el sentido de una desorganización e inestabilidad que en el sentido de una degradación, algo no muy diferente al concepto de Cameron de pensamiento sobreincluido. Esto se puede ilustrar con otro estudio de Barrera. Al preguntar en qué palabra (dentro de cuatro posibilidades: árbol, girasol, cactus, rosa) estaba más relacionada la palabra-estímulo “camello”, se vio que los pacientes esquizofrénicos, aunque conocían bien el significado de cada palabra aislada, fallaban en el uso de conceptos, mostrándose incapaces de ver las distancias semánticas que las separaba.

CONCLUSIONES

Los autores creen que hay apoyo empírico suficiente para ver el trastorno del pensamiento como un síndrome. Sus distintas manifestaciones tienden a presentarse juntas, algunas con correlaciones relativamente constantes: descarrilamiento, tangencialidad, pérdida del objetivo, incoherencia, y otras como una parte más variable de

ese conjunto: ilogicidad, circunstancialidad, presión para hablar, pobreza en el contenido del pensar.

Si bien el trastorno del pensamiento se puede ver como un síndrome discreto, separado de otros síndromes clínicos, no es específico. Fuera de la esquizofrenia, cualquier manifestación del síndrome se puede presentar en otros cuadros psiquiátricos: muy frecuente en la manía (trastorno bipolar), en cuadros orgánicos por lesión del lóbulo frontal o frontotemporal (“demencia semántica”); también se observaron en cuadros depresivos, en epilepsia por foco temporal, en el síndrome autista y de Asperger. Con un fondo de oscuridad de conciencia se pueden observar en muchos cuadros exógenos agudos. Ahora bien, aunque cualquier síntoma aislado, o combinación de síntomas, se puede dar en diferentes cuadros clínicos, al correlacionar los puntajes que arrojan en la escala TLC de Andreasen, se ve que los perfiles son distintos.

Lo más llamativo del trastorno del pensamiento está en su extraordinaria complejidad: incluye un número de anormalidades completamente diferentes que se combinan y recombinan erráticamente, a menudo en el mismo paciente.

Para los autores de este libro el síndrome de trastorno del pensamiento no es un fenómeno clínico unitario. No puede explicarse por una sola perturbación de base (sea disfásica, de la competencia comunicativa, de la función ejecutiva o de la memoria semántica). Tampoco es dable suponer distintas perturbaciones de base para los distintos síntomas o grupos de síntomas. De las 4 hipótesis explicativas señaladas, MacKenna y Oh creen

que las 2 “cognitivas” (disfunción ejecutiva y disfunción semántica) son las que dan mejor cuenta de lo que ocurre en la esquizofrenia, aunque los estudios con pruebas neuropsicológicas no dan resultados totalmente concluyentes cuando se las examina por separado.

Los autores buscan una mejor explicación –comparando el trastorno del pensamiento con lo que ocurre en otra anormalidad psicopatológica muy frecuente en pacientes neurológicos: la confabulación. Ésta no se puede entender como una pura falla amnésica; la no distinción entre lo que son recuerdos de algo realmente vivido con lo que son invenciones, supone una falla en funciones ejecutivas de filtro, chequeo y reconstrucción del recuerdo. Moscovitch –1995– habla de una memoria asociativa, que depende de señales puramente automáticas, y una memoria estratégica, que se pone en marcha en un esfuerzo consciente para resolver problemas cuando falla la memoria asociativa. La confabulación se debería a una falla en el proceso de evocación estratégica, que se traduce en una búsqueda defectuosa de recuerdos pertinentes a la tarea exigida, un monitoreo pobre de los mismos y una mala ubicación del recuerdo en el contexto espacio temporal.

Los autores sugieren que algo parecido podría ocurrir en el trastorno del pensamiento, ahora no en el campo de la memoria esporádica (biográfica) como sucede en las confabulaciones, sino en la memoria semántica. Proponen el término de “confabulación semántica” para describir fallas en la memoria semántica que *interactúan* con fallas en la función ejecutiva, y que estarían en la base del trastorno del pensamiento.

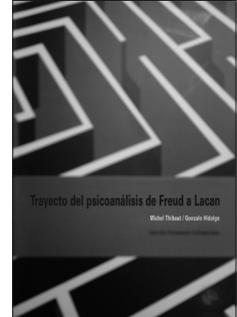
COMENTARIO DE LIBROS

TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN

Autores: **Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo**¹

Ediciones Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas

(Rev GU 2005; 1; 3: 233-235)



César Ojeda¹

Lacan, al igual que Heidegger, Husserl y Wittgenstein en el campo de la filosofía, Bion en el campo del psicoanálisis y Binswanger en el de la psiquiatría, es un autor que expulsa de su casa al lector antes de que alcance a cruzar el umbral. Eso es, sin duda, una descortesía, si entendemos por cortesía –como han repetido no pocos– a la “claridad” de exposición. Sin embargo, el asunto de los modales en estas materias, a su vez, no parece ser claro. ¿No podría ser la claridad una especie de falsación? ¿O una ingenuidad, y como tal, además, peligrosa? ¿No es claro que los astros giran en torno a la Tierra? Claro como el agua de vertiente, desde cierta perspectiva, pero completa y absolutamente falso desde otra. Las cosas, y las personas, pueden no ser lo que parecen. Cabe entonces poner bajo sospecha a la apariencia, a lo que nos “aparece” en primer lugar, a lo que nos “parece” obvio, a las creencias y los axiomas que nos “parecen” evidentes. Tal suspicacia nos pone de lleno en una actitud muy distinta a la de la modernidad, y nos sitúa en las penumbras que inspiraban a Nietzsche y que, en gran medida, inspiraron también a lo que se ha denominado pensamiento contemporáneo. Al final de sus días, Heidegger pensó que el ser humano, desde la arrogancia de la técnica, cree ser dueño de las potencias del universo y olvida el misterio, del universo y de sí mismo, aunque tal misterio sea su amo y señor.

El libro que comentamos intenta ser cortés. Por eso nos abre a Lacan desde Freud. O más precisamente desde el Dr. Josef Breuer, el renombrado y aristocrático médico vienés, que escribiera junto a Freud los trabajos seminales desde los que surgió el psicoanálisis. O, más fino aún, nos instala en un punto de partida en el que Bertha Pappenheim, la primera paciente en la historia del psicoanálisis, conocida en los escritos de Breuer como “Anna O”, hace entrega a su médico –por así decirlo– de la estructura “psicoanalítica” del psiquismo humano. Efectivamente, el psicoanálisis no surge como una teoría especulativa, si queremos entender por tal algo así como un discurso sostenido en coherencias lógicas de pizarrón, sino como una experiencia de interacción humana, es decir, como una experiencia “vincular”. Breuer comprendió que no bastaba con diagnosticar a su paciente desde un supuesto saber médico sino que era necesario escucharla. Bertha tenía algo que decir. Necesitaba hablar, hablarle. Pero su discurso era irregular, interrumpido, discontinuo, como si faltasen eslabones en la cadena del recuerdo. ¿Cómo podrían hacerse evidentes tales discontinuidades si a la persona tan sólo le era permitido responder a un interrogatorio médico? Las sesiones consistían entonces en una “escucha” de eso que Bertha tenía que decir, salpicada de ocasionales insinuaciones de Breuer destinadas a

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

restablecer la continuidad del discurso de la paciente. Los síntomas, como por ejemplo una incapacidad para beber agua, desaparecerían dramáticamente al hacerse coherente su origen y restablecerse la cadena de la narración. Como es conocido, Bertha –con refinada gracia e insospechadas consecuencias– bautizó a esta manera de proceder terapéutico, *talking cure*.

Para los autores de este libro, siguiendo el discurso de Bertha, Breuer se enfrentó a prácticamente todos los temas teórico-clínicos que serían más tarde desarrollados por Freud. Es decir, la interacción entre Breuer y la paciente había hecho surgir los cimientos del psicoanálisis. Pero con una importante excepción: lo que más adelante se conocerá con el nombre de “transferencia” (*Übertragung*). Ocurrió al igual que todo lo demás, pero Breuer no la concibió como un tema terapéutico, por una razón por entero atendible: la transferencia es un asunto de amor. Breuer y Bertha habían desarrollado una compleja relación afectiva que los absorbió por completo, y que en definitiva impidió continuar con la terapia. A poco andar, Freud interpretó la transferencia como un “falso enlace”, en el que el paciente traslada a la persona del terapeuta las representaciones que afloran desde el contenido del análisis.

EL INCONSCIENTE

El pensamiento parece discurrir como la propiedad más característica de la conciencia, lo que no es sorprendente desde el “pienso, luego existo” de Descartes, tomado en su versión más superficial. Lo que Breuer y Freud ponen a la luz es que la ilación de ese pensamiento no es un proceso autónomo sino que se hunde hacia un lugar de leyes y contenidos que no se muestra directamente, y que, sin embargo, lo influye poderosamente. Ese lugar está formado de recuerdos, emociones, deseos e impulsos que se organizan de una manera enteramente diferente a la forma en que lo hace el pensamiento consciente. Freud constata que los picos de la ilación del pensamiento consciente se “zambullen en lo inconsciente”. Los sueños, los *lapsus*, los olvidos y los actos fallidos serían las manifestaciones más directas de ese lugar sin rostro propio, pero de gran potencia y que, siempre alerta, se procura alguna forma de expresión cada vez que una emoción consciente le ofrece la oportunidad de aliarse y de transferir su intensa carga afectiva y emocional.

Poco a poco, Freud pudo describir lugares o regiones del psiquismo, en lo que llamó la “primera tópica” (del gr. *topos* = lugar). Le pareció que esquemáticamente el proceso mental estaba formado por tres regiones al menos: la Conciencia, el Pre-consciente y el Inconsciente. Más tarde, en lo conocido como “segunda tópica”,

Freud estructurará esta idea con mayor complejidad, concibiendo tres módulos funcionales: El Ello, el Yo y el Superyo, que no se superponen con la ordenación anterior, puesto que el Yo y el Superyo tienen partes inconscientes.

EL LENGUAJE

Lacan, de controvertida historia al interior del psicoanálisis, era francés. Este detalle deja de serlo si recordamos la importancia que los franceses otorgan al lenguaje. En los albores del siglo XX, Ferdinand de Saussure iniciará un camino en la lingüística que influirá de manera decisiva a gran parte del pensamiento francés contemporáneo, y que tomará la forma de ese original movimiento intelectual conocido como “estructuralismo”. Pues bien, Lacan les recuerda a los psicoanalistas que la *talking cure* es esencialmente eso: *talking*, es decir, lenguaje. Y que el inconsciente está estructurado como lenguaje, lenguaje que –por lo mismo– es su condición de posibilidad. Entonces, es esencial reexaminar el campo del lenguaje y sus elementos constitutivos: los significantes. Las palabras, las frases, las sílabas, son significantes. Si vivimos en medio de palabras, nacemos y vivimos en medio de significantes, los que se especifican y determinan apoyándose unos a otros: las palabras tienen sentido *en* el conjunto de los haberes de una lengua, y se remiten unas a otras. Eso es previo, eso es primero a cualquier existencia. El lenguaje entonces es *un lugar*, dentro del cual se mueve cualquier intento de hacer válido un discurso (todo hablar concreto), puesto que es allí donde residen todos los efectos de significación posibles. A ese lugar Lacan lo llama el “Otro”. Por lo mismo, al hablar, simultáneamente estamos siendo hablados por ese Otro. Pues bien, el inconsciente es el discurso del Otro. Lo dicho implica que, a diferencia de lo planteado por Descartes (pienso, luego existo) el sujeto ya no piensa más donde existe sino en otro lugar (Otro), y en la medida en que existe “desde” el inconsciente, ya no existe más donde piensa.

Según los autores, Lacan toma el inconsciente tal como lo presentó Freud, pero le da un estatuto superior y mucho más avanzado. Considera las propiedades del proceso inconsciente, como por ejemplo la condensación y el desplazamiento, y las explica en términos de las leyes del lenguaje, en el caso señalado, como metáfora y metonimia, respectivamente.

¿CORTESÍA LOGRADA?

El libro que comentamos, después del intento de despejar nociones fundamentales del pensamiento de Lacan,

se aventura en el campo clínico, para organizar la mirada del lector respecto de las neurosis, las psicosis y las perversiones. Como psiquiatra y psicoterapeuta, lo que me parece importante en esta obra es el esfuerzo de los autores por exponer a Lacan, de modo que la invitación no sea un grosero portazo en la nariz del invitado. Sin embargo, quienes algo conozcan de estos temas concordarán en que ésta es una empresa muy difícil, pues ya dentro de la casa nunca estaremos seguros de estar,

precisamente, en la casa de Lacan. Por eso es posible que algún lacaniano de cepa refinada encuentre apenas un moderado valor a esta exposición y sus buenas maneras, lo que no quiere decir que la obra de Thibaut e Hidalgo deje de ser un llamado cordial para el que recién se interna en tan movedizas arenas. Por lo demás, no debemos olvidar que los críticos más refinados suelen partir de la base de que ellos habrían escrito un mejor libro: ese libro que, generalmente, nunca escribieron.

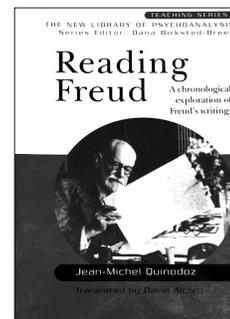
RESEÑA

LEYENDO A FREUD: UNA EXPLORACIÓN CRONOLÓGICA DE LOS ESCRITOS DE FREUD

READING FREUD: A CHRONOLOGICAL EXPLORATION OF FREUD'S WRITINGS

Autor: **Jean Michel Quinodoz**
Routledge, Londres, 2004

(Rev GU 2005; 1; 3: 236)



Ramón Florenzano¹

Esta obra del psicoanalista suizo Jean Michel Quinodoz, miembro Honorario de la Asociación Psicoanalítica Británica y autoridad internacionalmente reconocida en Freud, es un estudio de toda la producción escrita de Sigmund Freud, desde los *Estudios sobre la Histeria*, hasta *Esquema del Psicoanálisis*. Tiene la virtud cardinal de la síntesis: en 270 páginas describe las a veces muy complejas teorías freudianas en un lenguaje simple, sin ser simplista. Producto de un seminario dictado durante años a los candidatos de la Asociación Psicoanalítica Suiza, a través de un ingenioso sistema codificado por colores resume los artículos de Freud, agrega detalles biográficos interesantes acerca de los pacientes descritos en los casos clínicos, contextualiza históricamente los textos freudianos, y agrega los principales desarrollos post-freudianos para cada escrito. Consigue así la panorámica de un pensamiento que se enraíza claramente en el siglo XIX y florece a lo largo del XX, pero que indudablemente toma la perspectiva del siglo XXI.

Este texto será de utilidad tanto para profesores universitarios que enseñan Freud, como para los institutos de formación en psicoanálisis. Los que hemos revisado a Freud a lo largo de los años sabemos lo complejo

de su pensamiento. Su prosa, rica en alemán, ha dado múltiples dolores de cabeza a sus traductores. Quinodoz, diestro en varios idiomas, supera este problema en sus esquemas y sinopsis cronológicas. Ha dicho Glen Gabbard al respecto: "Reading Freud' es una contribución significativa a la literatura psicoanalítica. Es una obra que reafirma el continuo valor del pensamiento freudiano en una era en la cual las ideas psicoanalíticas están bajo fuego cruzado. Debe estar en las bibliotecas tanto de los candidatos como de los analistas experimentados".

Es especialmente interesante el capítulo en que analiza la correspondencia con Fliess, en el cual se muestra cómo este intercambio de ideas con su correspondiente y cuasi-analista silente permite comprender los textos clínicos de la última década del siglo XIX. En una época en la cual el neuro-psicoanálisis ha desenterrado la óptica freudiana inicial, pre-psicoanalítica, estas cartas son extremadamente iluminadoras. Asimismo, la manera como organiza su síntesis de *La Interpretación de los Sueños*, indudablemente el *opus magnum* de Freud, es un aporte novedoso a la teoría del trabajo con fenómenos inconscientes.

En síntesis, una obra importante, que esperamos se traduzca al castellano a la brevedad.

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

OPINIÓN

LA ATENCIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA¹

(Rev GU 2005; 1; 3:237-239)

Enrique Jadresic²

En el campo de la depresión la medicina ha experimentado un avance tan espectacular en los últimos cincuenta años que ha significado no sólo una nueva conceptualización global de esta enfermedad sino una manera distinta de entender el trastorno mental y, en definitiva, la psiquiatría. Como resultado de este progreso, la psiquiatría, además de constituir un arte práctico, se ha validado como disciplina científica, fundamentada en las neurociencias, presagiándose para el futuro un desarrollo aun mayor en áreas como la biología molecular, la genética y el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos depresivos.

Frente a estos adelantos notables, y considerando las alentadoras cifras macroeconómicas entregadas en el último tiempo, reveladoras del proceso de reactivación que vive nuestro país, cabe preguntarse qué ha ocurrido con la atención pública y privada de la enfermedad depresiva en Chile durante las últimas décadas, y qué ocurrirá en el futuro.

La relevancia y pertinencia de esta interrogante no admite dudas. La población sabe –y a ello en buena medida han contribuido los medios de comunicación– que, especialmente en nuestro país, las enfermedades depresivas, y en general las enfermedades mentales, tienen una muy alta prevalencia. A su vez, las autorida-

des sanitarias reconocen que mientras a nivel mundial la depresión constituirá la segunda causa de discapacidad para el año 2020, precedida sólo por la enfermedad cardiovascular, en Chile ya hoy día la enfermedad representa la primera causa de discapacidad en mujeres adultas.

Como telón de fondo, es conveniente tener presentes algunos hechos:

1. Si bien subsisten importantes desafíos, los cambios del estado de salud en Chile en el periodo 1990-2005 han sido profundos y positivos. Varios estudios acerca de indicadores del estado de salud dan cuenta de ello. Ahora bien, se debe hacer la distinción conceptual entre *estado de salud* que tiene que ver más con aspectos *macro* e indicadores de salud objetivos y la *atención en salud* que se relaciona más bien con lo *micro* y con elementos más subjetivos como la satisfacción experimentada por la población de usuarios, con el cumplimiento de metas de equidad, etc.
2. En Chile la brecha entre las necesidades de salud de la población y los servicios de salud ofrecidos es muchísimo mayor en el ámbito de las enfermedades mentales que en el de otras enfermedades. Pro-

¹ Presentación realizada en la Conferencia de Prensa acerca de los trastornos depresivos organizada por SONEPSYN, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud, el 3 de octubre de 2005, en el Decanato de la Facultad de Medicina.

² Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

bablemente esto se relaciona con dos hechos. En primer lugar la antedicha alta prevalencia de enfermedades mentales en nuestro país (varios estudios comparativos con otros países así lo demuestran). Enseguida, con el hecho de que el porcentaje del total del presupuesto de salud que Chile destina a salud mental es inferior al que le debería asignar de acuerdo al nivel de ingresos del país. Así, según cifras correspondientes al año 2004, Chile destina un 2,3% del total del presupuesto de salud a salud mental. Esto significa un progreso considerable respecto de 1990 cuando tan sólo el 1% del presupuesto en salud se asignaba a las enfermedades mentales pero es claramente insuficiente para un país con las características del nuestro. En efecto, si quisiéramos producir un real impacto positivo en la salud mental de nuestros habitantes probablemente deberíamos asignarle a salud mental el triple de esta cifra. Los países desarrollados asignan hoy día entre un 7 y un 10% de su presupuesto global de salud a acciones de salud mental.

3. El sistema público de salud atiende actualmente a casi el 70% de la población (11 millones) y el mundo privado a poco menos del 30% (menos de 3 millones), pero acoge a más médicos y especialistas por persona.

En este contexto, ¿qué podemos decir de la atención que se está brindando (y se quiere brindar) en salud, y específicamente en el ámbito de la depresión, en el sector público y privado?

Al respecto, lo que primero se debe plantear es que el Plan AUGE no es, como algunos creen, la base de la reforma de salud que se quiere implementar en Chile. En esto ha habido un error comunicacional bastante serio. Se ha querido poner al plan AUGE como lo principal y sinónimo de la reforma, cuando es sólo un instrumento para ordenar prioridades y estándares básicos de calidad a través de protocolos de atención. El proyecto central de la reforma es el énfasis en la atención primaria y la reforma de la Autoridad Sanitaria. Si esto no se hace, dado que la medicina está cada día más costosa, que hay más enfermedades que se pueden tratar y que la gente vive más, no va a haber manera de financiar el costo de los tratamientos. Las economías mundiales, incluida la chilena, crecen alrededor de un 2% o 3% anual, mientras que el costo de la medicina sube 10% o 12%. El proyecto de Autoridad Sanitaria es esencial en la medida que sea capaz de mejorar la atención primaria, de darle prestigio y capacidad de resolución. Además, junto con mejorar el nivel de la atención primaria, los médicos deben tener la oportunidad de desarrollarse.

Ahora bien, en la generación y tramitación del proyecto AUGE se dieron vacilaciones y “conflictos país” evidentes, como fueron una extraordinaria lentitud inicial y el hecho de que se consultó en forma insuficiente a las sociedades científicas y quizá más, a los gremios. La necesidad de optar e incluir en el AUGE, a patologías de muy baja incidencia (10 a 15 casos al año) pero de alto impacto familiar (enfermedades catastróficas) versus patologías altamente prevalentes como el síndrome de déficit atencional o la depresión, es y será un tema permanente, en el cual las Sociedades Científicas tenemos mucho que decir. No obstante, se ha terminado por dar, en más o en menos, una suerte de consenso técnico y, por otro lado, estamos conscientes de que no era posible cumplir con el 100% del universo de las patologías sin caer en la demagogia.

Tal vez la trascendencia mayor de esta reforma radique en que busca cambiar la orientación de la atención médica de las personas desde lo estrictamente curativo –que hoy es la esencia de la atención médica en Chile– hacia lo preventivo, hacia la formación de conciencia de la salud como un deber del Estado y de la sociedad hacia las personas, pero fundamentalmente de cada persona consigo misma.

Ustedes, los periodistas, deben ayudarnos a producir una cultura nueva sobre salud, de manera que la gente entienda que tiene que cuidarse para que no se enferme. En este sentido, al organizar la “Semana de la Depresión”, la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía ha querido hacer un aporte difundiendo el conocimiento en torno a la enfermedad y promoviendo la idea del autocuidado. En el marco de lo que se está haciendo, pensamos que las personas deben entender que la atención primaria es tan esencial como llegar al hospital. Ese mismo concepto lo deben tener los equipos de salud, y las universidades, para que los profesionales se sientan satisfechos de atender en la atención primaria.

Como ha sostenido un honorable senador y colega, el problema que enfrenta la salud chilena actual es que estamos trabajando con un sistema público que carece de recursos y un sistema privado que no funciona con la lógica sanitaria sino con la financiera. En este sentido, se ha sostenido que la reforma a la salud también busca corregir los defectos de los seguros privados de salud. Ojalá se tenga éxito en aquello, toda vez que –se sabe– la cobertura psiquiátrica que otorgan las Isapres, en la mayoría de los casos, es absolutamente insuficiente. En general no cubren más de cuatro o cinco sesiones al año. En este aspecto, tal vez los mismos especialistas hemos fallado en no difundir en grado suficiente la efectividad y costo/efectividad de los tratamientos

psiquiátricos actuales. En efecto, los estudios acerca de los tratamientos psiquiátricos actualmente disponibles indican que su efectividad, en cuanto a disminuir la intensidad y duración de la discapacidad, el número de atenciones de salud en general de las personas afectadas y la mortalidad por todas las causas y suicidio, tiene un impacto mucho mayor que el costo del tratamiento mismo.

En cuanto al futuro, es alentador saber que para el año 2006 el MINSAL optó por incluir –aunque todavía se requiere de la aprobación final del Consejo Consultivo del Plan AUGE– a la depresión en todos los mayores de 15 años entre las patologías con garantías de atención, lo cual representa un sustancial avance ya que, como se sabe, inicialmente el pre-AUGE sólo incluía a las mujeres de 20 a 44 años. En la actualidad la cobertura pública y privada de las enfermedades depresivas es muy restringida, además que las isapres incluso rechazan masivamente las licencias por depresión.

No podemos dejar de mencionar, con preocupación –y el hecho de que esta conferencia de prensa se esté verificando en un prestigioso recinto universitario subraya la necesidad de hacer este alcance– que nuestra sociedad científica estima que ha habido un cierto descuido por el tema de la calidad. Por una parte, es evidente que el gobierno debe poner adecuados incentivos para que los médicos y especialistas se mantengan en la salud pública. Por otra, dada la creación de nuevas

escuelas de medicina, es previsible que se establezca un doble nivel de calidad, lo que transforma a la acreditación en la única garantía objetiva para certificar instituciones y profesionales.

Por último, en la misma línea de lo que acabo de señalar, deseamos expresar que en la actualidad a menudo las políticas de gestión de las instituciones de salud, públicas y privadas, priorizan la obtención de utilidades, muchas veces en desmedro de la calidad. Adicionalmente, en el caso de algunas instituciones privadas, la búsqueda de rentabilidad se hace incluso a expensas de la libertad y remuneraciones de sus profesionales, siendo particularmente más vulnerables los más jóvenes. Recientemente una empresa de salud fue justamente sancionada por, aprovechándose del exceso de mano de obra, incurrir en conductas de abuso, las cuales por cierto no sólo dañan a los médicos sino, y de modo muy importante, a la relación médico-paciente, en la medida que sean las empresas las que fijen unilateralmente y con criterios estrictamente económicos la cantidad de sesiones, exámenes, licencias, etc., que el médico puede brindar. En el contexto de las enfermedades depresivas lo anterior es muy grave, toda vez que –se sabe– el tratamiento no es sólo psicofarmacológico sino también, y de modo fundamental, psicoterapéutico, es decir basado en el vínculo interpersonal y la alianza terapéutica que se establece, la cual –estimamos– debe estar libre de toda presión indebida.

ENTREVISTA DE GACETA UNIVERSITARIA

SERGIO PEÑA Y LILLO: LA ANGUSTIA, LA ENFERMEDAD Y EL HOMBRE

(Rev GU 2005; 1; 3: 240-253)

Sergio Peña y Lillo es un psiquiatra que ha planteado públicamente sus puntos de vista respecto de la enfermedad mental, la medicina y la psicoterapia, y también acerca de temas éticos, estéticos y religiosos. Algunos de sus múltiples libros han sido éxito de ventas. Sus opiniones han provocado polémicas y el público general ha seguido con gran interés a este colega de pensamiento claro y definido. De larga trayectoria como académico y como investigador clínico, ha hecho de la escritura un segundo oficio al lado de la práctica clínica. Sin embargo, sus aportes son poco conocidos por las generaciones actuales de psiquiatras, cosa que no sorprende, si se toma en cuenta la difundida tendencia nacional de creer que nos conocemos y que nada tenemos que aprender de nuestros colegas más cercanos. Sergio Peña y Lillo es Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile y Miembro Honorario de la Academia de Medicina del Instituto de Chile. Para GU es un honor haber conversado con este destacado y estimado colega .

GU: *La angustia ha sido un tema recurrente en sus trabajos. En su primera obra "Angustia: Antropología y Clínica", usted recorre todo el espectro de la patología psiquiátrica tomando como referencia lo que usted denomina "el síntoma principal de la psiquiatría y posiblemente el síntoma más frecuente de toda la medicina". Sin embargo, en el último tiempo la angustia clínica parece haberse reducido al sector de los llamados "Trastornos de Ansiedad", es decir, a los trastornos conocidos como de Ansiedad generalizada, de Estrés post-traumático, de Pánico, las Fobias específicas y la Fobia social, además del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. ¿Qué opina de esta reducción, si es que está de acuerdo con describir la situación actual de ese modo?*

R: El concepto genérico de Trastornos de Ansiedad, de la Asociación Americana de Psiquiatría, corresponde a una esquematización meramente descriptiva, con el propósito de facilitar la utilización de criterios comunes con fines estadísticos. No es, por lo mismo, una

clasificación nosológica ni mucho menos un texto clínico. Creo importante insistir en esta limitación debido a que muchos especialistas jóvenes lo están utilizando como si fuera un manual psicopatológico, lo que se traduce en una grave confusión y empobrecimiento, tanto de la semiología como de la formulación diagnóstica de las enfermedades psiquiátricas.

En el caso de los "Trastornos de Ansiedad", por ejemplo, se omite lo esencial del tema, que es la discriminación patogénica de los diferentes tipos de angustia clínica (psicorreactiva, timopático-depresiva, histérica, orgánica, esquizofrénica o epiléptica), sin la cual no es posible formular un pronóstico ni establecer una adecuada terapéutica. Es efectivo que algunos han planteado que la diferenciación entre Angustia y Ansiedad sería una distinción arbitraria, ya que ambos conceptos aludirían, respectivamente, a los componentes somáticos y subjetivos del síntoma, que constituye una unidad patológica inseparable. Sin embargo, esta visión

unitaria es errónea, ya que la Angustia es una emoción y, por lo mismo, una experiencia visceral y neurovegetativa, cuyas manifestaciones corporales sobrepasan a su correlato psicológico, existiendo múltiples “expresiones no verbales” cuya precisión es –precisamente– la que permite su correcto diagnóstico.

El concepto mismo de Ansiedad es vago y equívoco, desde el momento en que –en estricto rigor– alude a una actitud ante el futuro; un estado de espera inquietante que no es necesariamente negativa, como ocurre por ejemplo en el caso del “anhelo ansioso” de algo deseado. La Angustia, en cambio –como el dolor o la fiebre– es siempre algo presente; algo que *está ahí* y que, por así decirlo, está “anclada en el cuerpo”. Y es precisamente en la variedad de sus manifestaciones somáticas donde, como dijimos, radica lo más significativo de su semiología diferencial.

Además, pienso que la enumeración de cuadros que señalan el DSM-III y el DSM-IV no sólo no aporta nada sino que contiene errores importantes, como continuar hablando de “Trastornos de Ansiedad Generalizada” que, al igual que la “Neurosis de Angustia” –que fue el “caballo de batalla” del psicoanálisis– son nosologías que ya no existen, debido a que sabemos que corresponden a modalidades de la Depresión Mayor. Del mismo modo, estimar como Trastornos de Ansiedad a los supuestos estados de Estrés post traumático y aun, a los Síndromes Obsesivo Compulsivos, sólo puede conducir, además de la confusión psicopatológica, a una detención de las actuales investigaciones neurobiológicas de estos síntomas.

Definitivamente, creo que las “codificaciones” propias de un cuestionario, pueden ser útiles para los estudios de salud mental, pero no pueden sustituir a la clínica, ya que es sólo la fina semiología del enfermo el único camino para formular un diagnóstico, sin el cual nuestra especialidad, como ocurrió en el pasado con el psicoanálisis o la antipsiquiatría, deja de formar parte de la medicina.

GU: *Usted ha hecho una distinción muy importante en el terreno de la angustia clínica. Nos referimos a la “angustia de riesgo” y a la “angustia de responsabilidad”. ¿Podría explicar para aquellos psiquiatras que no han tenido oportunidad de conocer sus obras, el fundamento y la importancia de esa distinción?*

R: El control sistemático de la frecuencia del pulso en los enfermos angustiados y particularmente en las fobias, nos permitió comprobar que existían angustias taquicárdicas y normocárdicas; es decir, con y sin un componente beta adrenérgico. Lo que motivó este estudio fue el comienzo de la utilización clínica del propranolol. Tal

como lo habíamos imaginado, la mejoría de los casos con angustia taquicárdica al emplear el Betabloqueador fue espectacular y así, tanto las Neurosis cardíacas como las fobias con expectación de temblor angustioso, casi podría decirse que mejoraban a la media hora de iniciar la terapia con propranolol (20 a 40 mg dos veces al día). No disponíamos de referencias de esta terapia en psiquiatría, y nuestra primera publicación fue un éxito, al menos en Europa, lo que me permitió publicar mis futuros trabajos en las más prestigiosas revistas francesas y conseguir posteriormente una excelente beca de tres meses en París. Lo señalo sin la menor pretensión vanidosa ya que sólo se trató de un acierto casual, sino para motivar a nuestros jóvenes especialistas, por lo general víctimas de nuestra clásica “inseguridad chilena” a enviar sistemáticamente sus trabajos a países extranjeros.

Volviendo al tema, al estudiar más a fondo esta curiosa dicotomía entre angustias taquicárdicas y normocárdicas, pudimos comprobar que correspondían a dos modalidades de síntomas diferentes, que se vinculaban tanto con el tipo de la amenaza como con el nivel de profundidad anímica del que emanaba la respuesta emocional. Esta curiosa polaridad de las angustias, que desconocíamos y de la que hasta ahora no hemos visto otras referencias que los comentarios del propio doctor Ojeda, se correlacionaba con una fenomenología diferente, configurando dos síndromes bien delimitados y que denominados “Angustia de riesgo” y “Angustia de responsabilidad”, tomando en cuenta la que parecía ser su vivencia central. Así, la “A. de Riesgo” (cuyo prototipo sería el pánico de escena), surgía en situaciones de peligro físico o de conflicto interpersonal, donde la amenaza afectaba a los estratos anímicos más periféricos y superficiales del sujeto: el bienestar o la salud del cuerpo y la imagen de prestigio individual (agresión física, temor al ridículo, ataque cardíaco o pérdida de conciencia; etc.). Este síndrome se correlaciona clínicamente con la existencia de componentes betaadrenérgicos y su sintomatología está centrada en la taquicardia, la disnea, la sequedad de boca, el temblor de manos, el enrojecimiento o la palidez, sobre un fondo de tensión muscular y de inquietud motora (los cuadros más frecuentes en que se presenta son: el pánico de escena o “trac” de los oradores, la inhibición aguda de examen, las crisis de Angustia agorafóbica, las agresiones físicas, la timidez social, la sensación de desmayo y, en general, los temores hipocondríacos).

La “Angustia de Responsabilidad”, en cambio, surge en situaciones que amenazan lo más auténtico de los valores personales, como es la muerte o el sufrimiento de los seres amados, la inquietud de un problema le-

gal o económico, la frustración profesional, el remordimiento ético, el daño no de la vanidad de la imagen sino de la dignidad personal, y en general ante aquellos riesgos que afectan la felicidad y el destino del sujeto: situaciones de pérdida, de fracaso y de culpa. Su síndrome clínico es diferente y tanto en su origen como en su semiología, por así decirlo, es menos periférico y más nuclear; afecta al Ser y no al Parecer. Aquí los elementos betaadrenérgicos no existen o son muy débiles, pudiendo hablarse de “angustias normocárdicas”. La sintomatología es esencialmente constrictiva y está centrada en las sensaciones de opresión somática (“nudo en la garganta, dolor precordial, vacío epigástrico, etc.”) y el cuadro cursa con cierta apatía y desgano que recuerda los sentimientos de impotencia o de derrota y los estados depresivos.

Desde el punto de vista del comportamiento, en la A. de Riesgo predomina la excitación y la hiperactividad motora. En la A. de Responsabilidad, en cambio, predomina lo pasivo, con cierta tendencia al bloqueo sobrecogedor y paralizante. Sin duda, ambos síndromes parecerían expresar el bipolo fundamental de la conducta: lo esténico y lo asténico; la excitación y la inhibición. Extendiendo aún más la analogía, podría decirse que la A. de Riesgo reproduce el tipo de respuesta defensiva de las situaciones donde es posible el control (ataque o huida) y la A. de Responsabilidad, por el contrario, ante un peligro que nos sobrepasa y que –por lo mismo– paraliza nuestra acción. Es interesante también vincular estas dos modalidades de angustia con los modelos de conducta zoológica descritos por Kretshmer, como la “tempestad de movimientos” y el “hacerse el muerto”, que existirían en toda la escala biológica y que sin duda, en el hombre, expresan –entre los límites del reflejo y la intencionalidad– las dos modalidades básicas del organismo ante el peligro: la defensa activa y la defensa pasiva.

Esta polaridad que hemos descrito se observa tanto en las angustias normales como en las patológicas, de tal modo que puede decirse, que –en general– la A. de Riesgo sería propia de las reacciones psicógenas de angustia y de los síntomas fóbicos neuróticos. La A. de Responsabilidad, en cambio, corresponde más bien a la angustia vital, endógena o timopática. Es por, lo mismo, tentador pensar que las angustias depresivas –las más frecuentes– debieran ser del tipo de Responsabilidad, pero no es así. Desde luego, hemos descrito nuestra polaridad de la angustia con el esquematismo simplificador de los “prototipos”. Pero la realidad clínica es siempre más compleja que los modelos teóricos, y así muchas Angustias Depresivas suelen ser agitadas y taquicárdicas. Los casos, en cambio, en que la Angus-

tia casi no es referida y debe indagarse, como ocurre en las llamadas Depresiones Inhibidas, tiene los rasgos de la A. de Responsabilidad. Lo que podría ocurrir –a mi juicio– en las Angustias Depresivas es que sobre la angustia vital de fondo, que correspondería al tipo de A. de Responsabilidad, suelen sobreponerse Angustias Reactivas, como es el caso de las frecuentes “fobias depresivas” con temores súbitos de muerte, de ridículo o de locura.

El caso más típico es posiblemente el de las crisis Agorafóbicas, siempre reactivas y taquicárdicas, que pueden surgir sin depresión manifiesta (equivalentes) o coincidiendo con un cuadro al menos sub-depresivo, ya que –cuando existe– el enfermo diferencia claramente entre la angustia vital de fondo, sorda y constrictiva, con el típico ritmo circadiano de predominio matinal y las crisis de angustia reactiva que surgen en las aglomeraciones o el encierro y que desaparecen de inmediato cuando se evitan estas situaciones. En todo caso, lo que sería evidente, es que la A. de Riesgo se aproxima al contexto defensivo ante el peligro y la A. de Responsabilidad a la pérdida, la culpa y el remordimiento. Como hemos dicho, ambas pueden mezclarse en los cuadros clínicos, pero sin duda, ambos tipos de angustia, predominan –respectivamente– en el polo endógeno y timopático y en el psico-reactivo de la angustia clínica.

No me extraña que el Dr. César Ojeda me formule esta pregunta, ya que ha sido el único que se ha interesado en el tema, comentando numerosas veces esta polaridad en sus escritos clínicos. Ningún otro se ha referido jamás a ella, lo que tampoco me sorprende, dada la tendencia tan arraigada que existe en nuestro país –al menos en psiquiatría– a ignorar los aportes de los especialistas chilenos. No seguí investigando el tema por haberme retirado de la Universidad, pero creo que alude a algo interesante y que otros podrían ver su real utilidad clínica y, aún, diagnóstica, ya que tampoco conozco referencias extranjeras. En todo caso, aprovecho la oportunidad para agradecerle al doctor Ojeda la estimación y finura –por supuesto recíproca– con que siempre me ha distinguido.

GU: Usted fue uno de los primeros en el mundo que utilizó antidepressivos para tratar algunos trastornos de ansiedad, como la agorafobia, en momentos en que eso era muy difícil de aceptar. Específicamente usted usó IMAOs, y con muy buenos resultados, los que publicó ampliamente en revistas de la especialidad. Como es conocido, actualmente los antidepressivos que son inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), están indicados en primera línea para la mayoría de los trastornos de ansiedad.

¿Significa esto que los trastornos de ansiedad son formas subclínicas de depresión, aquello que JJ López-Ibor llamó "Timopatía ansiosa", o más bien, que el efecto neurobiológico de los antidepresivos es clínicamente inespecífico?

R: Efectivamente. En la clínica Psiquiátrica Universitaria había organizado en la década de los 60 un pequeño departamento para el tratamiento de las fobias con los recientes métodos conductuales basados en la teoría del Aprendizaje anglo-americana y en la Reflexología Pavloviana. Utilizamos de preferencia la técnica de Wolpe de aproximación progresiva a las situaciones temidas a través de visualizaciones imaginarias en estado de relajación. Los resultados fueron sorprendentes, tanto por su eficacia (del orden de 90% de mejorías) como por su brevedad (10 a 15 sesiones). Sin embargo, en las Agorafobias sólo conseguíamos mejorías transitorias con rápidas recaídas del síntoma. En una oportunidad tuve una enferma agorafóbica que además presentaba una Depresión Mayor de episodios recidivantes. Al tratarla con Marplán obtuve, junto a la mejoría del cuadro depresivo, la desaparición prácticamente inmediata de su Agorafobia que presentaba desde hacía varios años y que habíamos intentado tratar sin éxito con terapia descondicionante.

Es sabido que la Depresión Mayor angustiosa con frecuencia presenta temor a salir o a estar sólo durante las fases depresivas, pero en este caso la Agorafobia era permanente y persistía en los periodos intercríticos. Pensé que el síntoma podía ser un equivalente depresivo y llamé a todos los casos en que habíamos fracasado previamente y los traté con Isocarboxazida (Marplán 20 a 30 mg x día) obteniendo una rápida mejoría que he podido controlar en la mayoría de los casos durante años. En esa época leí un trabajo americano que refería un caso de curación similar y donde el autor, con esa mezcla de rigor científico y de ingenuidad psicopatológica de los norteamericanos, concluía –tal como Ud. me sugiere en su pregunta– de que posiblemente los antidepresivos podrían tener un rango más amplio de eficacia terapéutica. No obstante, las mejorías que lográbamos eran tan decisivas que personalmente pienso que se trataba de un síntoma vinculado a la Depresión y posiblemente un equivalente del cuadro.

Al estudiar con mayor detalle los casos pude constatar, además, que en muchos de ellos –estando sin depresión clínica– existía un cierto ritmo circadiano con mejoría o atenuación vespertina del síntoma. Curiosamente, al releer los tres casos originales que llevaron a Westphal a definir el cuadro, pude observar que todos mejoraban al atardecer, lo que curiosamente interpreté que podría obedecer a que bebían cerveza (eran hombres). Esto me llevó a utilizar otros antidepresivos con

menos restricciones que el Marplán y utilicé la Imipramina (Tofranil) y la Clorimipramina (Anafranil) con similares resultados. Publiqué estos trabajos en Argentina y especialmente en Francia, recibiendo diversas comunicaciones que aparentemente confirmaban mi hipótesis. Con posterioridad he podido observar que varias fobias sociales mejoraban del mismo modo y que no se producían recidivas a menos que el enfermo discontinuara la medicación antidepresiva.

Inicialmente –todavía entre los conductistas– se supone que el origen de las fobias está en los círculos viciosos de autorreforzamiento del síntoma, tanto de la Expectación Ansiosa (modelo de Víctor Frankl) como de evitación (modelo de Mowrer y Eysenck). Yo mismo publiqué varios trabajos sosteniendo esta patogenia, que explica el hecho de que las fobias (incluyendo la Agorafobia) sólo se manifiestan en las situaciones específicamente temidas. No obstante, el eventual origen depresivo me llevó a comprender que estos "círculos viciosos" no eran la causa sino más bien el mecanismo de actualización del síntoma. Mi conclusión, entonces, fue de que la Agorafobia surgía del sustrato de angustia vital o endógena (que en forma subclínica sería permanente en estos casos), pero siempre que se sobreponga el mecanismo psico-reactivo de expectación-evitación que la actualiza (y que explica las variedades de su manifestación, como por ejemplo su desaparición al ser acompañados por personas de confianza, ya que lo que el enfermo teme es el desvanecimiento o la propia aparición de una crisis de angustia).

Parecería –de ser efectiva mi hipótesis– que estas fobias surgen en depresiones angustiosas larvadas o con largos periodos intercríticos en los que podría persistir un estado de predisposición angustiosa subclínica (Depresiones enmascaradas). Esta sería la razón de que rara vez se la observa coincidiendo con una clara fase depresiva, tal vez debido a que pasa inadvertida por la intensidad del resto de los síntomas. He visto muy pocos casos con antecedentes bipolares, pero al tener un periodo eufórico las fobias desaparecen transitoriamente en forma total y sin necesidad de emplear fármacos timolépticos. De ser así, lo que el medicamento antidepresivo impediría es la aparición de crisis de angustia o el ataque de pánico, que –de ocurrir– reactualiza de inmediato y en su totalidad a la fobia y aun la generaliza a situaciones de encierro, de esperas, misas, teatros, etc.

No puedo afirmar que ésta sea la real patogenia, pero me parece probable, al igual que en muchas fobias de inhibición social y de temor angustioso de exámenes o de hablar frente a un público. En todo caso, lo que sí afirmaré es que se debiera hacer siempre una prue-

ba con antidepresivos, lo que puede ahorrar, en muchos casos, interminables e inútiles psicoterapias.

Sin duda, que JJ. López-Ibor tiene el mérito de haber abierto esta visión y la posibilidad terapéutica de estas fobias con su concepto de Timopatía Ansiosa. Ya no cabe duda de que muchas clásicas neurosis son sólo formas pseudoneuróticas de la Depresión Mayor, lo que ha significado un avance extraordinario en los resultados de la terapéutica psiquiátrica. No obstante, a mi juicio, el error de López-Ibor, consiste primero en pensar que su Timosis es un cuadro autónomo diferente de la Depresión Mayor y, segundo, hacer el concepto tan extensivo que incluye a todas las clásicas neurosis.

En realidad no habla de "pseudoneurosis timopáticas" sino que estima que en todas las neurosis hay un fondo de angustia vital. Sin duda es una idea interesante para futuras indagaciones, pero personalmente creo que existen genuinas neurosis de origen biográfico y reactivo, como es el caso de la Neurosis del Carácter y de numerosos síntomas fóbicos o temores angustiosos que obedecen a experiencias psico-traumáticas. Los conceptos demasiado abarcativos –en clínica– terminan siendo siempre inoperantes. Así en el fondo la idea de López-Ibor es más bien un concepto teórico que alude a la tectónica del psiquismo, en el sentido de que en la estructura anímica del hombre existiría una infraestructura endógena y de angustia vital. Pero, al clínico lo que le interesa es el factor patogénico preponderante del síntoma, que es lo que, en definitiva, orienta el tratamiento.

Finalmente, no me atrevería a sugerir algún antidepresivo especial dada la enorme variabilidad individual tanto de su tolerancia como de su eficacia. Creo que es algo que debe establecerse en cada caso. Personalmente tengo la impresión de que todavía son mejores los tricíclicos, particularmente la Clomipramina. Lo que sí me parece evidente es que –al margen de sus limitaciones– los mejores y rápidos resultados se obtenían con Isocarboxazida.

GU: *En repetidas ocasiones usted ha expresado que a su juicio la normalidad no sólo es el horizonte necesario para definir la enfermedad sino que la terapéutica, que es siempre decisiva en el quehacer médico, supone un previo concepto de salud, y ésta es la ética de la vida, una normatividad de la existencia. Lo cito del libro "El temor y la felicidad": "es sano lo que es como 'debe ser', y lo mórbido, el revés negro de la vida". Sin embargo, ¿no le parece que en la naturaleza todo es como "debe ser", puesto que nada se sustrae al principio de causalidad, al principio de "razón suficiente" de Leibniz? De ese modo, lo que llamamos enfermedad es también como "debe ser". ¿No se hace*

incomprensible su definición de salud a partir de estos conceptos?

R: El concepto de normalidad es esencial para la medicina, ya que –tal como Ud. lo dice– sin tener su delimitación clara, es imposible definir la enfermedad y establecer un diagnóstico que permita una adecuada terapéutica. Ahora, el concepto que utilicé fue formulado por el médico y filósofo francés Georges Canguilhem, quien sostuvo –tal vez por primera vez– que existía una norma en todo lo vivo, que regulaba tanto la mantención de la estructura como de las funciones del organismo y que lo patológico era –precisamente– la pérdida o alteración de esa norma biológica. En realidad, la vida –a diferencia de la naturaleza inanimada– no obedece a una causalidad mecánica sino a una ley connatural y pre-establecida, que puede ser alterada, dando origen a lo que llamamos enfermedad. Los seres vivos son mucho más complejos que la materia inerte y –por lo mismo– su existencia es más delicada e inestable y requiere una norma capaz de mantener un equilibrio armónico frente al ambiente, que garantice la continuidad necesaria de su correcto funcionamiento vital. Es por eso que la patología –en estricto rigor– sólo puede darse en lo biológico. No hay, en cambio, enfermedad en la química, en el arte, en la familia, en la política o en la historia, ya que en ellas no existe una norma que pueda ser alterada, y cuando se hable de patología en estos casos se está usando el término en un sentido meramente analógico.

Desde luego esta normatividad de lo viviente, que en el hombre, se expresa tanto en lo somático como en lo anímico, no es una estimación estadística ni el producto de valores culturales, sino que debe ser definida desde el "modelo" propio de su condición psico-orgánica. Es en este sentido que la normalidad biológica no puede sino corresponder a lo *que es como debe ser*; es decir, a lo que cumple con la norma esencial de la vida, sin la cual no sería posible ni su origen ni su existencia. En cierto modo la normalidad, de este modo definida, se aproxima a la idea de una *verdad interior* que le es propia y es por eso que se la puede considerar como "la ética de la vida". Así, en lo humano, ser normal –en el hondo sentido antropológico del término– no consiste sólo en la ausencia de padecimientos corporales o psíquicos (lo que sería suficiente para un concepto de salud), sino que implica y requiere que, junto al adecuado funcionamiento organísmico, exista una actualización armónica y creativa de su psiquismo y de la personalidad, capaz de permitirle el logro satisfactorio de su proyecto personal.

Pienso que la utilización de un criterio como éste, único capaz de esclarecer tanto el perfil de lo mórbido

como de lo normal, adquiere una particular importancia en psiquiatría, donde todavía existe una ambigüedad conceptual –herencia del psicoanálisis– que dificulta definir a la genuina patología mental. Como es sabido, al psicoanálisis no le interesó el diagnóstico, que es lo decisivo de la clínica sino sólo investigar los reales o supuestos conflictos o ambivalencias inconscientes originados en psicotraumatismos reprimidos, lo que conlleva el serio riesgo de excluir a la psiquiatría de la medicina. Su error fundamental, que he llamado el *Pecado Original* del método freudiano y que lamentablemente aún persiste, es –precisamente– la confusión entre los síntomas del enfermo y los problemas del hombre sano, lo que se traduce, además de la falta de una clara delimitación entre el quehacer propio del psicólogo y del psiquiatra, en un peligroso equívoco entre lo patológico y lo conflictivo que suele tener graves consecuencias para el paciente.

La terapéutica es la corrección de una enfermedad y –por lo mismo– es un concepto que pertenece a la medicina. Ahora, si se piensa que la real patología mental, como lo señaló Canguilhem, sólo puede existir en las células vivas y surgir de una perturbación anatómica o funcional del cerebro, su legítima terapéutica deberá ser siempre biológica. Las llamadas “psicoterapias” no son tales y sólo corresponden a métodos “psicopedagógicos”; de utilidad en las diversas problemáticas del hombre mentalmente sano, como también en la rehabilitación de los enfermos incurables, o de las secuelas de una patología tanto somática como mental. Pero no son terapias, ya que la única *psicoterapia real* en el sentido estricto de corrección de una patología psíquica, aunque resulte una paradoja, es la farmacoterapia. No se trata de desvirtuar la eficacia de estas “psicopedagogías” sino de establecer los límites de su correcta indicación, como es el caso de los frecuentes conflictos y problemáticas personales y, sobre todo, de las llamadas Neurosis del Carácter. En cierto modo, además, forman parte del sentido propiamente humano de todo genuino acto médico, ya que a la medicina –cualquiera sea su especialidad– no le interesa sólo la enfermedad sino también la persona que la padece y privada de esta dimensión propiamente antropológica, a pesar de todos sus adelantos científicos, no pasaría de ser sino una veterinaria de alto nivel técnico.

En lo que se refiere a la curiosa idea de que la enfermedad, como todo lo real, no puede ser sino “como es”, creo que se trata simplemente de un reduccionismo y de una confusión de niveles del ser. Sin duda la enfermedad es *como debe ser su patología*. Así, las neumonías tienen que ser como son las neumonías al igual que un delirio debe coincidir con su propia definición,

de otro modo no sería posible establecer un diagnóstico. Pero *este ser de lo mórbido* es una transgresión de la norma vital; en otras palabras, *no es como la vida normal debiera ser*. Así, por ejemplo, la existencia humana es impensable sin un propósito, ya que ningún acto tiene significado en sí mismo –incluyendo esta entrevista– y sólo adquiere sentido al estar inserto en un proyecto de planes e intenciones. En las Esquizofrenias crónicas, al igual que en los Deterioros Cerebrales profundos, se pierde esa *propositividad* y este síntoma –que es “como debe ser”– es lo que permite diagnosticar la locura o la demencia.

Ahora, sin duda los fenómenos de la naturaleza inanimada tienen una causalidad, pero tampoco creo que sea un mecanismo ciego y arbitrario. El mundo no es un caos sino un cosmos, donde todo parecería tener un orden. Sin duda que carece de una *norma* como la que existe en lo biológico o de una intencionalidad consciente similar al propósito humano, pero pienso que –aunque se trata de un tema metafísico ajeno a la ciencia– se debiera ser muy prudente al descalificar como teleológico algo que se ignora, más aún cuando se observa que la sucesión de las causalidades no es arbitraria sino que obedece a leyes de una “matemática” muy precisa y aún desconocida, que se oculta en el enigmo íntimo de la materia.

Parecería que el mundo tiene su propio ritmo y armonía. Einstein, desde la física, afirmó: “Dios no juega a los dados”. Es claro que ésta es una proyección antropomórfica, pero –en definitiva– ¿quién es el que conoce sino el “hombre”? y su saber es necesariamente subjetivo. La pretendida “objetividad aséptica” exclusiva *del pensar* es una utopía absurda, ya que el conocimiento humano de la realidad no es una función sino que requiere también *del sentir* y es por eso que no es posible para el hombre la percepción de un mundo ajeno al bien y al mal; a la fealdad o la belleza y, sobre todo, a la finalidad

Sin duda existe una objetividad científica que se refiere a la utilización de una metodología de análisis riguroso, que evite al máximo las “deformaciones subjetivas” del observador en la percepción de los hechos. Pero no me refiero a ella sino a una verdad pragmática, que es –lisa y llanamente– la imposibilidad de un saber independiente del hombre que lo concibe y lo interpreta. Esta no es una idea personal sino que ha sido planteada por grandes científicos, así –desde la biología– Thure von Euxüll ha dicho que el concepto de lo objetivo “es uno de los grandes equívocos del pensamiento” y agrega que –en sí mismo–, tal vez no pueda ser más subjetivo, ya que se define por el propio sujeto que lo formula” (). Es claro que también debemos ser

muy prudentes si no queremos caer en un “antropomorfismo sin salida”. El propio Von Euxküll concluye sus argumentos con una reflexión profunda, pero en la que se contradice sin poder fundamentar su opinión, al afirmar que “la naturaleza tiene sus propias medidas y no las nuestras, por lo que debemos dejar que se exprese por sí misma”.

No puedo ahondar en un tema ajeno a mi preparación. No obstante, debo decir que hasta donde he conocido los argumentos teológicos y metafísicos, y aun los actuales conocimientos de la neuro-psicología, no veo que se haya podido sobrepasar conceptualmente el límite antropomórfico del conocimiento. Es por eso que no debe extrañarnos que muchos hombres de ciencia opinen que la naturaleza tiene su propia dirección y finalidad. Pensemos, por ejemplo, en la fascinante cosmovisión “Cristocéntrica” de Theillard de Chardin, que incluye a todo el universo. Es posible que los griegos, al sostener que el hombre era “la medida de todas las cosas”, no pensarán en un antropomorfismo banal, sino en la proyección analógica que surge desde la eventual identidad del “micro” y el “macrocosmos”.

Quisiera terminar esta pregunta recordando que el genio de Pascal, al leer en el primer versículo del Génesis que “la tierra estaba confusa y vacía”, pero que “el espíritu de Dios se cernía sobre la superficie de las aguas”, tuvo una intuición mística de la existencia de la ley del Universo y que, según se dice, “lloró de alegría y de certeza”.

GU: *Aparte de su libro inicial sobre la angustia, el resto –y son varios– han sido escritos en lo que usted llama “los límites del pensamiento clínico”, y han tenido un gran éxito en el público general. No son pocos los casos de psiquiatras que escriben sobre temas de moda, como la cultura “light”, o el demonio, o sobre un supuesto hedonismo del hombre contemporáneo, etcétera. ¿No teme que al escribir sobre la felicidad, o sobre lo poético, o sobre Cristo, sus colegas psiquiatras consideren su obra más bien literaria, y por lo mismo sin relevancia en el campo de la especialidad? Y por otro lado, ¿no le parece que en los medios literarios usted puede ser considerado simplemente como un psiquiatra que habla de psiquiatría, y por lo tanto sin relevancia literaria?*

R: Sin duda mis últimos libros no han sido textos propiamente psiquiátricos, pero los primeros sí lo fueron. Así, además de “La Angustia: Antropológica y clínica” que Ud. menciona, he publicado otros. Desde luego hice una segunda versión del Tema de la Angustia años después, donde si bien incluía lo esencial de la primera estaba centrada en la contraposición del temor y de la angustia como la polaridad que diferencia la estima-

ción racional del riesgo y la respuesta emocional neurovegetativa y cuyo título creo que debió ser –por lo mismo– “El Temor y La Angustia”. Ambos fueron libros clínicos, aunque –obviamente– por la naturaleza del tema se hacen muchas referencias existenciales y antropológicas.

Después escribí “La Anorexia Nerviosa: Un Enigma de la Psiquiatría”, que contenía un breve pero exhaustivo análisis de todas sus posibles patogenias, al extremo de que para muchos psicólogos y especialistas jóvenes constituyó un verdadero manual de psicopatología. Con posterioridad también escribí una segunda versión que incluía tanto a la anorexia como a la bulimia considerándolas como un síndrome común, bifásico y bipolar. Esta vez expuse el tema –que era clínico– de una manera más accesible al público general, por estimar necesaria una adecuada información del trastorno tanto para médicos generales como para las familias de las propias enfermas debido a la alarmante frecuencia con que se estaba presentando el cuadro. Siempre he pensado por qué la labor del médico universitario, además de la atención de enfermos, de la investigación y de la docencia, incluye la educación idónea de la comunidad en todos aquellos aspectos que pueden beneficiar la prevención o la consulta precoz que facilite el diagnóstico de ciertas patologías graves y peligrosas. Podrá ser discutible, pero en mi opinión también esta segunda versión del libro constituye un texto médico. Después publiqué “Los Temores Irracionales”, que ya era una estricta descripción de la semiología de estos síntomas, especialmente orientada para ser un texto de estudio en la formación de estudiantes y especialistas.

Con anterioridad se había editado mi único “best seller” que motivó esta pregunta: “El Temor y la Felicidad”. En este libro, que sin duda es el mejor de los que he escrito (y cuyo éxito se refleja en que ya tiene 27 ediciones), expuse una síntesis de lo que estimaba más esencial para una ayuda “psicoterapéutica” en las diferentes problemáticas más comunes de la vida. Se me ha criticado, erróneamente, diciendo que el texto contradice mi desvalorización terapéutica de la “psicoterapia”. Esto es absolutamente falso y así, quien lo lea verá que en el preámbulo escribo textualmente: “Este libro no es un manual terapéutico. La terapia, en cualquiera de sus formas, es siempre un acto médico y por lo mismo, este ensayo no es un libro para enfermos, que requieren de un diagnóstico y de un manejo especializado. Es un libro para personas sanas que buscan un mejor equilibrio de su personalidad”. Pienso, que no puede ser más clara mi posición sobre el campo idóneo de las llamadas “psicoterapias” y de las genuinas terapéuticas médicas y psiquiátricas. Es precisamente en este libro donde

digo que ha sido escrito “en los límites del pensamiento clínico” ya que en el epílogo abandono lo psiquiátrico, para ahondar en una comprensión más profunda en el sentido de la vida, desde una visión esencialmente mística y trascendente.

A partir de este libro, es efectivo que lo que he publicado es mi pensamiento sobre una serie de temas humanos que estimo esenciales y que he expresado con absoluta libertad y sin ese rigor metodológico que limita a los escritos científicos. Así, “En el Corazón de Cristo” que fue un testimonio de mi conversión religiosa, lo que en el fondo digo es que en el interior de Cristo está la medicina. Algo similar ocurre con mi breve ensayo “Sufrimiento y Fe Cristiana”, texto dedicado a los médicos, enfermeras y personal paramédico que tienen la difícil tarea de asistir a los enfermos sin remedio; que saben que van a morir o que ya están acercándose a su agonía. Para mí este libro, aunque escrito desde una perspectiva religiosa, tiene también un propósito clínico. Siempre he pensado que el asistir al moribundo es la tarea más difícil y frustradora de la medicina, pero que –por lo mismo– es la que nos muestra la calidad de nuestra vocación.

Posteriormente, he escrito ensayos ajenos, pero nunca desconectados de la medicina. Así, en “El enigma de lo Poético” trato el misterio neuropsicológico del origen del lenguaje e incluyo un capítulo sobre el hablar poético de la esquizofrenia, y un análisis de lo psicótico y psicopático de los poetas malditos. “El Príncipe de la Locura” es un ensayo literario, pero a partir del propósito de formular el diagnóstico de la locura del Ingenioso Hidalgo, y en el más reciente, “Puntos de Vista”, que es una selección de artículos publicados especialmente en Artes y Letras de *El Mercurio*, la mitad de ellos se refieren a temas psicopatológicos y médicos.

Ahora, por qué he dicho que escribo estos libros “en los límites del pensamiento clínico”, creo que por dos razones: la primera es por honestidad, ya que los textos psicopatológicos tienen el respaldo de mi experiencia y conocimiento profesional, pero el resto son ensayos que sólo se apoyan en lo psiquiátrico, pero que en definitiva no tienen otro aval que mi propia reflexión y pensamiento sobre los temas. Pero hay una segunda razón que me parece más importante, y es mi convencimiento de que el diagnóstico y la terapéutica –siendo lo esencial– no pueden ser jamás un límite de la medicina. La mirada del clínico, particularmente en psiquiatría, debe ser capaz –más allá y a través de los síntomas– de intuir la posible plenitud de la normalidad del hombre y, como ya lo señalé, tiene el deber de mostrarle al público lector el horizonte abierto de sus potencialidades. El médico –quíéralo o no– es también

un educador y, paralelamente a lo patológico, debe ser capaz de mostrarle al hombre la intrínseca dignidad de la vida normal, que con frecuencia ignora.

Finalmente, diría que no soy un escritor sino un docente, y quien haya leído alguno de mis libros habrá visto que en ellos lo más evidente es la claridad de la exposición de los temas, ya que han sido escritos con el lenguaje de una clase o de una conferencia. Ahora, el estilo ya es algo personal y para mí –como decía Octavio Paz– “la melodía interna de la prosa”.

GU: *Carlos Fuentes, el destacado escritor mejicano, ha dicho que él lee El Quijote una vez al año, para Navidad, con la finalidad de volver a las “fuentes” del idioma castellano. Parece no haber dudas que El Quijote es una de las obras cumbre de la literatura universal. Usted ha escrito una notable obra que tituló “El Príncipe de la Locura”, en la que hace una patografía del Notable Hidalgo. Sin embargo, ¿es posible tratar a los desvaríos de los personajes de ficción como si se tratara de verdadera psicopatología, sin deformar tanto a la creación poética como al conocimiento psicopatológico?*

R: La psicopatología del Arte, vista unitariamente, es uno de los campos semi-ilícitos y más discutibles de la psiquiatría. Lo patológico –lo hemos dicho– es una perturbación que sólo puede darse en lo biológico; mal puede hablarse, entonces, de una psico-patología de las obras de arte. La confusión proviene de identificar al artista con sus creaciones. Desde luego –en la locura– sólo el juicio puede ser cuerdo o delirante, pero un juicio es un hombre pensando y no un texto poético, una sinfonía o una escultura. Con razón se ha dicho, con ironía, que El Moisés no es una patografía de Miguel Ángel.

Del mismo modo, es frecuente que los artistas tengan un modo de ser poco convencional o extravagante, pero sólo una conducta puede ser neurótica o psicopática. Sin duda la experiencia anímica inestable, al igual que el consumo de drogas o de alcohol, puede influir en los contenidos de la obra artística, por ejemplo en la temática o en los colores de una pintura, pero nada dice de la calidad de la creación. El arte es, en esencia, forma y sólo forma y ésta no reconoce criterios de normalidad o patología.

Sólo puede hablarse –en rigor– de la posible enfermedad del artista, pero no de sus creaciones. Los cuadros de Van Gogh no son pinturas “epilépticas”, como los de Gauguin tampoco son psicopáticas, aunque él lo fuera. El arte existe en ese fascinante espacio imaginario donde no hay una norma establecida ni nadie es poseedor de la verdad. Lo artístico es un proceso de inspiración intuitiva y no intelectual: es imagen y no concepto; son formas pre-lógicas ajenas tanto a los cri-

terios de la ética como a los juicios de realidad. Picasso dijo: “sin duda que en mis cuadros de algún modo estoy yo;... pero lo importante es lo demás”.

En el fondo corresponde a una “deformación romántica del arte”, tan dañina como engañosa, ya que conduce a la falsa idea de que la perturbación anímica le daría al artista una “especie de superioridad”. Esto es absurdo y la normalidad psicológica del autor no desvanece sino que ordena y vigoriza su capacidad creativa, como lo muestra la grandeza del arte clásico. No podría ser de otro modo, si se piensa que lo artístico es –en el fondo– un modo de conocimiento a través de las metáforas y sus connotaciones de la belleza del mundo y de la vida; como decía Baudelaire, de lo que no se ve, “porque está detrás de las cosas”.

Diferente es el caso de los “héroes de novela” que –cuando son bien logrados– piensan, sienten y actúan de acuerdo a su verdad interior, que el propio escritor no puede traicionar, porque los destruye. Los “personajes ficticios” en este sentido incluso han enriquecido a la psiquiatría con cuadros previamente mal definidos, como es el caso del don juanismo; de la misantropía o del bovarismo.

Es lo que ocurre con el Quijote, ya que conocemos el propósito de sus actos insensatos y el contenido de sus juicios delirantes, al igual que la falta de conciencia de enfermedad, que es lo definitivo de la locura. Además su trastorno es descrito con asombrosa y desconcertante exactitud semiológica para la época. Así, la exclusiva presencia de deformaciones ilusorias, originadas en la exaltación emocional de los libros de caballería, junto a la total normalidad y elegancia de su reflexión, en una personalidad pre-mórbida tranquila, bondadosa y normal, permiten afirmar con certeza de que padecía de una Reacción Paranoica Pre-senil. Pero ¿qué significa decir que era un loco? Si sólo fuera eso no sería lo que es. El trastorno mental es el pretexto: el telón de fondo que sirve de escenario al fascinante contrapunto del ensueño con la realidad; del ideal noble y romántico del Caballero Errante de la Mancha y la mezquindad ramplona de la vulgaridad de la vida que representa Sancho.

El diagnóstico clínico sólo satisface una curiosidad psicopatológica, que no cambia en lo más mínimo todo el encanto del contraste entre la cautivadora ingenuidad del Hidalgo con la finura de su elegante juicio y la viril fidelidad de su pasión enajenada. Es por eso que, si bien nos divierten sus increíbles desatinos, poco a poco nos conmueve la nobleza de su alma y nos dejamos arrastrar por su locura, que –en el fondo– está hecha de belleza y poesía. En definitiva, mi mayor justificación del “juego clínico” es mi propia pasión por el Hidalgo, ya

que no es posible que algunos continúen creyendo que fue un demente y, aun, que su fantástico delirio fuera sólo la fabulación de un mitómano histérico, como se ha dicho.

Jamás un diagnóstico psiquiátrico podrá desvanecer ese misterioso equívoco “incrustado” entre el absurdo y la lucidez de un pensamiento elevado, sutil, lleno de ingenio y elocuencia y que además triunfó en su propósito, ya que nadie lo derrotó y, sobre todo, que termina convenciéndonos de que la plenitud original del hombre, hoy día amenazada por los gigantes de la riqueza y de la técnica, sólo podrá ser restaurada por la fuerza de la fantasía y el poder de la ilusión romántica.

Milan Kundera ha dicho, que “el novelista no tiene que darle cuentas a nadie, salvo a Cervantes”. Del mismo modo, pienso que la psiquiatría no tiene compromiso alguno con “las figuras de ficción”, salvo con el valeroso y tierno caballero de la Mancha, que –a mi juicio– es el único capaz de darle todo su sentido a la profunda paradoja de Platón: “porque la locura es un don de los dioses y la cordura, en cambio,... un mero afán de los hombres” (Fedro).

GU: *Queremos plantearle una reflexión: muchos piensan que las convicciones religiosas no deben influir en el trabajo de un psiquiatra, en la medida que los pacientes pueden pertenecer a distintos credos o a ninguno. Sin embargo, es muy diferente la concepción que un psiquiatra tiene de la vida, de la muerte, de temas como la sexualidad, el adulterio, la anticoncepción, la definición de la orientación sexual y muchos más, si profesa o no ideas religiosas. Al ser esos temas parte frecuente de lo que aqueja a las personas que sufren de diversos “trastornos” clínicos, pasan a ser contenidos de la interacción entre el psiquiatra y sus pacientes. ¿Qué papel juegan en este contexto las ideas religiosas del psiquiatra?*

R: Desde luego esta pregunta sólo es válida en la llamada “ayuda psicológica”, ya que, como hemos visto, la real patología mental –al igual que la somática– es por completo ajena a las doctrinas sociales, políticas o religiosas y será exclusivamente el diagnóstico el que determine la adecuada actitud terapéutica, según el conocimiento y las posibilidades técnicas de cada etapa del desarrollo de la medicina.

Ahora, en la ayuda psicológica el especialista debe siempre limitarse al marco estricto de los valores y creencias del paciente y cuando éstas sobrepasan o contravienen las normas éticas de la cultura sólo puede sugerir y aconsejar su inconveniencia; dar su opinión, pero –en definitiva– respetar sus decisiones conscientes y voluntarias. El psiquiatra –como cualquier otro médico– no es un juez moral de la conducta ajena y no

puede, bajo ningún pretexto, tratar de imponer su propio juicio de lo que es moral o de lo que estima correcto. El papel de ayuda psicológica se orienta a lograr que el sujeto descubra su verdad más profunda o perciba sus errores y, en este sentido, el terapeuta es libre de mostrar lo que le parece incorrecto o inadecuado. Pero una cosa es tratar de ampliar el horizonte de la posible capacidad de comprensión y otra muy diferente el indicar conductas o comportamientos que, en estricto rigor, sólo son válidos para uno mismo. En el propio psicoanálisis, el crecimiento madurativo del paciente es algo que sólo él puede o no obtener. Incluso, aunque el analista ya comprende las motivaciones inconscientes que el analizado todavía ignora, debe esperar a que éste los perciba. He dicho que estimo a las llamadas "psicoterapias" como pedagogías, pero pedagogías psicológicas y no escolares.

Otra cosa es cuando el paciente le pide al psicólogo, o al psiquiatra, que le elimine un temor o que lo ayude a modificar una conducta que lo perturba y considera inadecuada. Aquí el especialista puede poner el acento en ayudar al sujeto a descubrir el origen y los motivos que lo llevan a actuar de esa manera o, simplemente, corregirlos. Lo primero es en general el método de las llamadas "psicoterapias verbales" y lo segundo se logra utilizando técnicas conductuales o descondicionantes, como los procedimientos en relajación o hipnosis. En otras palabras, la corrección de estas actitudes inadecuadas, que en general se denominan neuróticas, no pueden jamás imponerse "desde fuera", sino que tienen que provenir "desde dentro"; no se trata de cosméticas artificiales sino de una real transformación interior, una especie de proceso "alquímico" que transforme lo inferior en superior y, por así decirlo, "el plomo en oro". Pero este proceso es personal y siempre es preferible que sea el propio individuo el que deba descubrir "sus máscaras" y sus conductas inauténticas, para así poder liberarse de ellas hasta donde alcance su capacidad de percibir a ese "hombre interior", que es la verdadera condición de su normalidad original.

El "psicoterapeuta" no puede sobrepasar las limitaciones del paciente en cada etapa de su maduración individual. El conocimiento meramente intelectual puede servir de algo, pero el verdadero cambio es emocional. No se trata de saber sino de sentir, y esto pareciera que sólo se puede lograr cuando el "proceso neurótico" ya está maduro, con cualquier técnica y aun de modo aparentemente espontáneo de tal modo que el psiquiatra muchas veces ignora lo que ha ocurrido; es algo así como un cambio "caleidoscópico", en que un movimiento, en ocasiones inadvertido, puede –sin poner o eliminar ningún elemento– dar origen a una diferente figura

que transmuta, en su raíz, la visión del mundo y de sí mismo, transformando radicalmente la vida.

Ahora, en las personas religiosas, si el especialista comparte el mismo credo de fe, sin duda que se establece algo así como una "plataforma" desde la cual puede facilitarse el trabajo psicológico. Esto me parece particularmente válido, como ya lo he dicho, ante la enfermedad incurable y la proximidad cierta de la muerte. Pero, también aquí, el especialista debe ser muy prudente, y sólo apoyarse en las creencias y conocimientos del paciente aunque sean banales, y no confundirlas con visiones más profundas, para las que el paciente no está preparado y que puede comprenderlas inadecuadamente.

GU: *En una de sus últimas obras, "El enigma de lo poético", usted señala que la creatividad poética "no la fabrica el hombre", sino que "éste se encuentra con ella, y surge de una región pre-consciente que es la zona germinal de su vida anímica". Teniendo en cuenta que hoy se ha producido un notable encuentro entre psicoanálisis y neurobiología, especialmente a través de los estudios sobre la memoria implícita o procedural y su relación con las emociones, y de la constatación de que la mayor parte del psiquismo opera de modo inconsciente, ¿es posible desde allí concebir esa región "germinal" como un puente hacia una especie de trascendencia, o hacia la experiencia de lo religioso? ¿No es más coherente pensar que esos descubrimientos nos empujan hacia el otro lado, es decir, hacia la unión con la vida más básica y con el fenómeno de la evolución biológica?*

R: La creatividad –no sólo artística sino que en ocasiones también científica– no es el producto de una reflexión ni de un deseo voluntario sino que surge como inspiraciones espontáneas desde una zona más profunda del psiquismo que, por lo mismo, puede llamarse "germinal". Incluso, ciertos pensamientos pueden aparecer en la conciencia como "ideas primarias" de modo sorpresivo y posteriormente la reflexión extrae de ellas todo su contenido.

Pero, sin duda es en el arte donde es más clara su aparente arbitrariedad, ya que son intuiciones que sólo emergen en los momentos creativos; pueden ser imprevistas y jamás deliberadas. Me refiero al verdadero arte, donde el acto creador tiene una "fuerza interna" que, en cierto modo, obliga al artista a darle una expresión; y no cualquiera sino la que corresponde a su verdad interior. Los propios artistas perciben muy vagamente lo que les ocurre: una especie de inmersión en una hondura inefable, que –James Joyce– denominó el "éxtasis estético", aludiendo a un cierto "halo" casi religioso, y es por eso que –personalmente– he dicho que el arte es algo así como "la antesala de la mística".

Otro rasgo de esta especie de autonomía del contenido artístico es que siempre conlleva su propia forma, y que el creador pareciera “recibir” como un don gratuito. Así, los poetas escuchan las palabras y los músicos las melodías, que luego transcriben y perfeccionan, pero respetando lo que son, ya que la verdad del arte no admite traición ni manierismo. Esto es evidente en los novelistas, que están “habitados” por personajes ficticios, que de algún modo los “obligan” a darles existencia literaria y tal vez es aquí donde se ve con mayor evidencia que el escritor no puede modificar a su arbitrio, ni la personalidad, ni la conducta de sus personajes, ya que de hacerlo destruiría la verdad personal de su “ser ficticio”. Desde la perspectiva psicológica, puede decirse que todo el arte es siempre metáfora: sean verbales, sonoras o plásticas. Su riqueza está en su poder connotativo por lo que bien puede decirse que el lenguaje del arte es el de los símbolos, al igual que el de los sueños y –ya como irrupción caótica– el de la locura.

Ahora, contestando su pregunta, yo diría que depende del concepto que se tenga de la evolución. Lo que es indiscutible y más notorio es que la creatividad nace en el inconsciente. Ahora, en una visión mecanicista de mutaciones caprichosas, sin duda que el arte, forma superior de la actividad del hombre, no puede provenir de “la vida más básica”, ya que la idea del algo nuevo que se aprende contradice todas las evidencias. A mi juicio, ocurre en el arte algo similar al contenido del “inconsciente arquetípico” de Jung, que siendo común a nuestra especie, existiría desde el comienzo mismo de la “hominización”. Es tal la riqueza simbólica de sus “mandalas” que es imposible pensar que se fueron adquiriendo en el transcurso de la vida del hombre. Desde luego, Jung sitúa sus arquetipos –como visualizaciones conscientes– en las etapas finales de su “proceso de individualización” y en personas de alto nivel reflexivo y espiritual.

Su análisis muestra que estos arquetipos tienen una riqueza simbólica que todavía sobrepasa el grado actual de nuestro desarrollo intelectual. Así lo han señalado quienes los logran en la meditación y también en algunos estados “psicodélicos” con “expansión” de la conciencia (meta-conciencia o conciencia-cósmica). Daría la impresión de que estos “arquetipos” han existido siempre en la profundidad de la mente, como “centros magnéticos” cuya capacidad de actualización consciente dependería del estado del desarrollo evolutivo del intelecto humano. Es muy posible que estén íntimamente vinculados a la creación artística y esto explicaría por ejemplo, la evolución progresiva de las expresiones del arte.

Diferente es el caso de un concepto de desarrollo evolutivo con una actualización progresiva de poten-

cialidades previas y connaturales al ser humano como la visión antropogénica de Theilard de Chardin, que formulamos a propósito del lenguaje. Personalmente lo pienso así y, además, creo que en este modelo, donde la potencialidad creativa, al igual que los arquetipos existen preformados desde un comienzo, desaparece la oposición entre lo “trascendente” y la “vida básica”, ya que sólo serían dos puntos de vista de un mismo fenómeno: un *antes* y un *después* que, en definitiva, se identifican. Algo similar a lo que ocurre en la ontogénesis embrionaria, donde en el óvulo recién fecundado ya está el hombre, con todas las potencialidades somáticas, psicológicas y espirituales que irá actualizando en el curso de su existencia. Una especie de “monismo creativo”, donde lo biológico conduce a la trascendencia, porque ésta ya está en la raíz misma y primaria de la vida humana.

GU: *En relación con mismo tema. Hoy se concibe la evolución de manera muy compleja, en la que por una parte intervienen fenómenos termodinámicos, que consideran que la vida forma parte de lo conocido como estructuras disipativas –junto a otras presentes en el universo de la materia no-viva– que reducen gradientes energéticas, y que permiten el paso evolutivo de lo simple a lo complejo, y no al revés como se pensaba hasta hace poco. Por otra parte, los cambios en el genoma tienen una dimensión estratégica (ya no mutaciones al azar sino cambios predictivos, como ocurre en el sistema inmune), y además incluyen el fenómeno de adquisición de genoma (como el que permitió el paso de los pro-cariotes a los eucariotes, es decir de las bacterias a las células con núcleo capaces de formar especies), y otros. Sobre estas bases se ha podido fundamentar que el aprendizaje estable, que puede ser entendido como paradigma de la relación entre genoma y ambiente (incluidas por cierto las interacciones sociales y la psicoterapia), opera mediante una compleja cadena bioquímica, que parte de estímulos ambientales y termina en la liberación de la expresión génica, la síntesis de proteínas y la producción de nuevas sinapsis. Esto ha sido estudiado, especialmente por Kandel,¹ partiendo del reflejo condicionado clásico pavloviano. Usted ha sido de los pocos chilenos que se ha interesado en clínica por el pensamiento y la estructura experimental del trabajo de Pavlov. Por ejemplo, la distinción entre el primer y segundo sistema de señales en la actividad reflejo-condicionada, parece ser fundamental en la evolución y para*

¹ Kandel, E. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2005.

la comprensión del lenguaje humano. ¿Podría usted ampliar estos conceptos para los colegas que trabajan a lo largo de Chile?

R: La concepción pavloviana de la actividad del Sistema Nervioso Superior es un monumental intento de explicación fisiológica de los fenómenos del psiquismo animal y –en el caso del hombre– un riguroso esfuerzo por dar cuenta de las bases biológicas que subyacen a su experiencia mental.

Muchos pensadores –ya desde el clasicismo griego– sostuvieron que la vida psíquica era función del cerebro, pero nunca se había logrado una evidencia experimental. Es por eso que Pavlov tiene el extraordinario mérito de haber sido el primero en descubrir un método de laboratorio (los reflejos condicionados) que permite estudiar el funcionamiento del Sistema Nervioso Superior. Utilizando este método original, Pavlov distinguió, en la actividad nerviosa de los animales, dos niveles básicos de funcionamiento: 1) los *reflejos incondicionados*, que son aquellas respuestas innatas y genéticas que permiten un equilibrio biológico ante un medio constante (instintos); y 2) los *reflejos condicionados*, que son respuestas aprendidas en el curso de la experiencia vital y que permiten un equilibrio y una adaptación mucho más completa y flexible frente a los aspectos cambiantes del ambiente.

Ahora, desde el punto de vista que nos interesa, el del lenguaje, diferenció Pavlov dos sistemas superpuestos de actividad reflejo-condicionada: 1) *El primer Sistema de Señales*, común al hombre y a los animales y que está constituido por todos aquellos reflejos condicionados que se establecen sobre la base de estímulos concretos, y que configuran un primer nivel de conexión con el ambiente a través de los órganos de los sentidos; 2) *El segundo Sistema de Señales*, propio y característico del hombre, constituido por la palabra significativa (no percibida exclusivamente como sonido), lo que se logra a través de la asociación progresiva del lenguaje con infinitud de estímulos concretos. Este verdadero sistema de “señal de señales” es precisamente lo que posibilita –mediante el lenguaje– la reflexión inteligente, la memoria intencional y la acción deliberada, que caracterizan al psiquismo del hombre.

En el “pseudolenguaje” de los animales lo que se observa es que éstos pueden establecer reflejos condicionados a partir de palabras, pero como estímulos perceptivos (sensación auditiva). Es el caso, por ejemplo, de un perro que responde a su nombre. Sólo el hombre es capaz de establecer condicionamientos a partir de las palabras: de su sentido genérico y categorial, respondiendo al vocablo específico y a cualquier sinónimo que lo sustituye o simbolice y tenga similar connota-

ción. Esta palabra, como estímulo significativo, es la que determina la generalización y la abstracción, que son la base del pensamiento superior del hombre y del complejo mundo de su experiencia anímica.

Este descubrimiento le permitió a Pavlov –con experimentos de extremo rigor científico– y que asombran por su simplicidad (contar número de gotas de saliva) hacer numerosas contribuciones a la neurofisiología de valor en psiquiatría, como los procesos de excitación e inhibición de la corteza cerebral que son –hasta ahora– la única explicación alternativa de los llamados cuadros endógenos, permitiendo comprender, por ejemplo, la mejoría de un brote psicótico si coincide con un proceso tóxico (la inhibición –que sería el origen de los síntomas– es activa y es la primera en desaparecer si existe daño cerebral) o los cambios bruscos de un estado depresivo a otro eufórico con la aplicación de terapia electroconvulsivante, lo que difícilmente se entiende con los actuales modelos neuro-bioquímicos que ocurrirían a nivel de las sinapsis. Además describió los “estados de fase” del proceso hipnótico, lo que explica la diferencia de las respuestas (igualitarias, paradójales, etc.). Pero, en el caso del lenguaje, el 2º Sistema de Señales sólo da cuenta del sustrato neurobiológico que posibilita el hablar humano, pero nada dice del misterio de su origen.

Pocas veces se piensa en los enigmas que surgen al intentar comprender cómo apareció el lenguaje humano en el curso de la historia. Desde luego, para aprender a hablar se requiere de la existencia previa de un complejísimo sistema de centros y vías neuronales tanto para la comprensión como para la emisión de las palabras. La primera interrogante, entonces, es ¿cómo pudo surgir ese sustrato antes de que existieran los idiomas? Sin duda que la idea de mutaciones al azar es un absurdo. Todos los lingüistas están de acuerdo en que el lenguaje sólo puede servir si emerge de modo completo, con los vocablos y una sintaxis gramatical (algo similar a la aparición de la visión). Sin duda que esto sólo se puede entender en un “modelo evolutivo” basado en el desarrollo y la actualización de potencialidades genéticas presentes desde los comienzos de la especie humana. Requiere, entonces, de una teoría de la evolución del tipo de la antropogénesis propuesta por Theilhard de Chardin.

Sin duda que este “modelo evolutivo” tiene necesariamente connotaciones metafísicas y teleológicas, ya que –en definitiva– postula que el hombre pudo actualizar el lenguaje porque de algún modo “ya lo poseía” como potencialidad de su constitución genética.

Pero no termina aquí el enigma, ya que para que el niño pueda aprender a hablar no basta la existencia del

sustrato biológico sino que necesita que alguien le enseñe algún idioma. Las antiguas teorías *onomatopéyicas*, según las cuales el aprendizaje del habla provenía de los ruidos exteriores y de las propias interjecciones emocionales del hombre, supongo que ya no existen. Definitivamente, el lenguaje humano no es una mera transmisión de gorjeos y relinchos sino un sistema semántico de extraordinaria complejidad verdadera obra de arte de la naturaleza. El habla, en realidad, es el límite más tajante entre el hombre y el resto de la vida planetaria: “con el silencio de las plantas y el gruñido de los animales”.

Pero aún queda la interrogante más difícil: ¿quién le enseñó a hablar? Según Sócrates la respuesta no está al alcance de los humanos (Cratilo). Esta pregunta “atrapa” al pensamiento en los límites de lo impensable y sólo las leyendas y los mitos aluden vagamente a este misterio. Ni siquiera las religiones tienen una respuesta clara y convincente.

“En el principio fue el Verbo”, dice el alucinante comienzo del Evangelio de San Juan, y en el Antiguo Testamento los primitivos hebreos suponían que Dios creó al universo y al hombre a través de la palabra. Dante fue posiblemente el primero en reparar en que Dios habla con Adán antes de que éste diera nombre a las cosas y a los animales, lo que lo lleva a concluir que el hombre habría recibido la facultad del lenguaje “antes de tener un propio idioma” (*De vulgare eloquentia*). La idea de Dante es que conjuntamente con la creación del hombre Dios habría creado una *ciertam formam locutionis*; es decir, un lenguaje completo y articulado. Heidegger, desde la filosofía, nada dice del posible origen del lenguaje, pero de algún modo pareciera coincidir con Dante, al señalar que el habla es el *espacio* y la *frontera* que marcan los límites de lo humano.

Sin duda el hombre –como tal– “habita” en el idioma y es impensable sin el lenguaje. Más allá del habla humana –dice Heidegger– “sólo existe ese misterioso silencio que posibilita la experiencia mística”. Es posible que sin decirlo expresamente aluda a que sólo en el éxtasis sobrenatural de las hierofanías, aunque oculto en el sentido simbólico del mito, esté la respuesta a este enigma, más mágico que lógico y que no tiene solución para el pensamiento reflexivo.

Pavlov ignoró este dilema por estimarlo ajeno a la indagación científica y sus investigaciones –tanto en animales como en el hombre– se limitaron, estrictamente, al rigor metodológico de los experimentos de laboratorio

GU: *La neurociencia actual considera que mente y cerebro son dos caras de la misma moneda y ha asumido una so-*

lución dual al problema de su relación. Por un lado, afirma un monismo ontológico entre mente y cerebro (son la misma cosa) pero, por el otro, sostiene un dualismo epistemológico (el conocimiento de ambos aspectos es de naturaleza diferente y mutuamente irreducible, subjetivo el primero, objetivo el segundo). Tal concepción está sustentada en firmes evidencias empíricas y experimentales y ofrece un puente conceptual para integrar la psicoterapia y la rehabilitación psicosocial a la terapéutica psiquiátrica. En sus publicaciones Ud. se ha mostrado más bien escéptico frente a la efectividad de tales procedimientos. ¿Cómo ha evolucionado su concepción sobre el papel de la psicoterapia y de la rehabilitación en la terapéutica psiquiátrica

R: El problema de la relación entre la mente y el cerebro no tiene una respuesta racional. Desde luego porque es impensable un conocimiento puramente objetivo, independiente del hombre que lo concibe y, además, porque la radical dicotomía cartesiana entre una res extensa y una res pensante, entre la materia y la conciencia, no tiene más fundamento que la existencia de los órganos de los sentidos. Es por eso que –en cierto modo– parecería ser una formulación meramente tautológica, como lo señaló Kant al decir con ingeniosa ironía: “sabemos que las ideas las produce el cerebro; pero ésta es una idea”. No obstante, la diferenciación entre lo corporal y lo psíquico es una necesidad intransable de la medicina, ya que sin ella no es posible percibir lo normal y lo patológico y se desvanece la posibilidad de un diagnóstico.

Esa es la razón de por qué la neurociencia optara por una solución dual: un *monismo ontológico*, por completo inoperante, y un *dualismo epistemológico*, como necesidad pragmática absoluta no sólo para ejercer la medicina sino para que sea posible todo el quehacer humano. Ud me pregunta si este dilema ha interferido en mi visión terapéutica. Al contrario, sólo la polaridad de lo somático y lo psíquico permite la correcta distinción entre lo patológico y lo simplemente psico-reactivo.

Incluso, ya en una proyección periférica de la relación mente-cuerpo, persiste el enigma del vínculo psico-neuronal. Nada sabemos de lo que ocurre en esa *zona de contacto* entre la voluntad y el acto ¿Cómo levanto o bajo una mano? ¿Cómo un deseo puede convertirse en un movimiento intencional? Lo ignoramos, pero ocurre, tanto en la normalidad como en la patología. Así, por ejemplo, sin la dualidad psico-física ni siquiera podríamos preguntarnos: ¿Cómo en ciertas esquizofrenias –llamadas catatónicas– se perturban profundamente los movimientos existiendo indemnidad neuro-muscular?

En todo caso, si el dualismo es una realidad ilusoria, es en ella donde “habitamos” y hemos logrado crear una cultura y una civilización. Es claro que el tema, aunque metafísico, es fascinante también para la medicina. Así, un cirujano puede restaurar la movilidad voluntaria de un miembro previamente amputado, aunque ignore cómo se conecta lo psíquico con lo neuronal. Lo curioso –y esto ya interesa particularmente a la psiquiatría– es que aun cuando la *vocación* del hombre ha sido siempre el auto-conocimiento, cuando se trata de “saber sobre el propio saber” la mente se bloquea, en el vértigo de lo impensable.

Muchos especialistas, me consideran –erróneamente– como un “organicista” y una especie de “neurólogo de la psiquiatría”. Nada más ajeno a mi visión –esencialmente trascendente y espiritual– tanto de la salud como de la enfermedad. Creo que la equivocación de quienes me critican (que no son pocos), proviene de confundir la comprensión que se tiene del hombre y del universo, con los criterios del diagnóstico clínico.

Quisiera terminar esta entrevista señalando que –al margen del mayor o menor acierto de las opiniones que he expuesto– tengo la íntima certeza de que es en el amor y compasión por el hombre doliente, tenga o

no una genuina enfermedad –y que trasciende el saber de toda ciencia– puede el médico descubrir el verdadero secreto y la íntima nobleza de su vocación y de su oficio. Sólo entonces –como dijo con singular belleza Karlfried Graf Dürckheim– “podrá decir la palabra y hacer el gesto que sana”.

GU: *A nombre de nuestros lectores le agradecemos que haya respondido a nuestras preguntas de modo generoso. Tal vez no esté de más recordarle que está usted invitado a publicar en GU los trabajos que desee.*

OBRAS SELECCIONADAS DE SERGIO PEÑA Y LILLO

- *La angustia. Antropología y Clínica.* Ed. Universitaria, Santiago, 1983
- *La Anorexia Nerviosa.* Ed. Universitaria, Santiago, 1983
- *El Temor y la Felicidad.* Ed. Universitaria, Santiago, 1989
- *En el Corazón de Cristo.* Ed. Paulinas, Santiago, 1990
- *Los Temores Irracionales.* Ed. Universitaria, Santiago, 1996
- *La manía de Adelgazar.* Ed. Universitaria, Santiago, 1997
- *Sufrimiento y Fe Cristiana.* Ed. San Pablo, 1997
- *El Enigma de lo Poético.* Ed. Universitaria, Santiago, 1997
- *La Angustia.* Ed. Universitaria, Santiago, 1998
- *El Príncipe de la Locura.* Ed. Universitaria, Santiago, 1999
- *Puntos de Vista.* Ed. Universitaria, Santiago, 1999

REVISIÓN

EL PAPEL DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN LA DEPRESIÓN BIPOLAR

(Rev GU 2005; 1; 3: 254-268)

Juan Carlos Martínez, Hernán Silva¹

En este trabajo se revisan las publicaciones sobre el empleo de antidepresivos en el tratamiento de la depresión bipolar. Al respecto, existe una controversia entre autores norteamericanos y europeos. Los primeros sostienen que su empleo debe restringirse sólo a los casos más severos y siempre asociados a estabilizadores del ánimo y que deben administrarse por el más breve plazo posible. En cambio, los europeos consideran que se han exagerado los riesgos de inducción de manía, hipomanía y ciclos rápidos, y que los antidepresivos son una alternativa terapéutica efectiva que reduce el riesgo de suicidio. Se concluye que faltan estudios bien diseñados para responder a estas interrogantes, que la mayoría de los trabajos han sido efectuados con antidepresivos tricíclicos y pocos con antidepresivos modernos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y que estos fármacos pueden tener un papel importante en el tratamiento de la depresión bipolar.

En la psiquiatría alemana y de algunos países europeos el empleo de antidepresivos en el tratamiento de la depresión bipolar tiene una larga tradición. Sin embargo, en Estados Unidos y en Canadá el uso de estos fármacos se ha ido limitando cada vez más en esta enfermedad, reservándose a los casos más severos y resistentes, siempre asociados a estabilizadores del ánimo y jamás en monoterapia (1, 2). Todas estas restricciones surgen ante la premisa –largamente confirmada– de que los antidepresivos producen viraje a manía e inducen ciclos rápidos.

Ante estas sugerencias terapéuticas, Möller y Grunze (2000) (2), publicaron un artículo que critica fuertemente las guías farmacológicas estadounidenses y canadienses, señalando que el riesgo de viraje y de ciclos rápidos ha sido exagerado por los americanos, lo que va en desmedro del paciente, ya que –para ellos– un tratamiento conservador, que excluya a los antidepresivos, puede significar la cronificación de la fase depresiva bipolar y como consecuencia el incremento de la suicidalidad. La respuesta a estas críticas no se hizo esperar, y en Estados Unidos, Ghaemi *et al.* (2003) (1), publicaron

¹ Los autores pertenecen a la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile.

el artículo "Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution", en que se enjuician una a una las críticas formuladas por el grupo alemán.

Pese a ser un tema largamente estudiado y discutido en los centros más importantes y experimentados, aún no hay consenso sobre el rol de los antidepresivos en la enfermedad bipolar. ¿son los antidepresivos una alternativa eficaz en el tratamiento de la depresión bipolar?; ¿reducen el riesgo de suicidio?; ¿qué tan importante es la probabilidad de inducir ciclos rápidos o manía?; ¿son los estabilizadores, como terapia única, efectivos o suficientes para el manejo de la depresión bipolar?; ¿es exagerado el riesgo atribuido a los antidepresivos?; ¿pueden ser usados como monoterapia, sin la necesidad de asociarse a estabilizadores?; ¿cuánto tiempo debe prolongarse su uso para evitar recaídas en bipolaridad?.

Muchas de estas preguntas no tienen respuesta, ya que los pacientes bipolares son excluidos de los ensayos con los nuevos antidepresivos, los que –por el contrario– abundan en depresión monopolar (3). Pero, pese al escaso conocimiento que se tiene sobre su empleo en depresión bipolar, y a los riesgos por todos conocidos, en Estados Unidos los antidepresivos se prescriben más que los estabilizadores del ánimo en el tratamiento de este trastorno (4). La razón quizás sea el intento desesperado del clínico por resolver el sufrimiento del paciente –sopesando–, tal como han hecho los europeos, el riesgo y el beneficio que tiene un tratamiento agresivo con antidepresivos, o un tratamiento conservador sin ellos.

Se ha dicho que "los médicos prefieren tratar más que diagnosticar" (5), pero bajo estas premisas: ¿son los antidepresivos usados más allá de lo necesario y de modo imprudente?; ¿qué consecuencias tendrá a corto y largo plazo su empleo indiscriminado, especialmente en aquellos pacientes que ante los ojos del clínico aparecen como "unipolares"; sin serlo realmente?; ¿qué implicancia tiene todo esto sobre el paciente bipolar? Una probable consecuencia es que, mientras en la era pre-antidepresiva (antes de 1958) los cicladores rápidos eran considerados como un tipo infrecuente de enfermedad bipolar, se estima que en la actualidad su tasa se ha incrementado unas cinco veces, en parte por acción de los antidepresivos (1, 2, 6-9).

ANTIDEPRESIVOS EN TRASTORNO BIPOLAR: UN CASO DE CUIDADO

Las guías terapéuticas de la American Psychiatric Association (APA) para el tratamiento de la enfermedad bipolar, publicadas el año 2002, recomiendan el uso

conservador de los antidepresivos junto a estabilizadores del ánimo, reservándose dicha combinación exclusivamente para los casos más severos de depresión. La intención de este uso restrictivo es evitar el viraje a manía y la inducción de ciclos rápidos producto de los antidepresivos. Pese a estas recomendaciones, en la mayoría de los países del mundo los psiquiatras prescriben antidepresivos a sus pacientes bipolares sin mayor deliberación (1,10-12). Cabe mencionar –a modo de ejemplo– tres estudios recientes. En el primero de ellos, Blanco *et al.* (2002) encontraron que entre 865 pacientes bipolares, menos del 50% de quienes recibían antidepresivos lo hacía junto a estabilizadores del ánimo (13). Por su parte, Lim *et al.* (2001) examinaron las medicaciones de 1.471 pacientes admitidos en un hospital con el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo I, encontrando que sólo uno de cada tres pacientes con síntomas psicóticos, y uno de cada seis pacientes sin síntomas psicóticos, recibían los medicamentos siguiendo las propuestas farmacológicas del consenso de expertos americanos (14). Más aún, Levine *et al.* (2000) sostienen que –pese a todas las indicaciones y restricciones– los antidepresivos son indicados a más de la mitad de los pacientes bipolares tipo I (15). Esta paradoja confirma que la brecha entre la práctica y la teoría suele ser bastante amplia.

El grupo Alemán, dirigido por Möller y Grunze, señala que aparentemente el riesgo de cometer actos suicidas –frecuentes en depresión bipolar– ha sido desestimado por los norteamericanos, ya que ninguno de los estabilizadores del ánimo tiene un efecto antidepresivo sólidamente probado, lo que incrementa aún más la posibilidad de suicidio. Con ello, además, se corre el riesgo de cronificar el cuadro depresivo al dar un tratamiento insuficiente e inadecuado. Por otra parte, los puntos de vista expresados en algunas guías y consensos no parecen estar bien balanceados, ya que prácticamente prohíben el empleo de los inhibidores de la recaptura de serotonina y de los antidepresivos modernos, que tienen un bajo riesgo de inducir viraje a manía. Lo anterior –según los autores– debería estimular la reescritura de las guías para el tratamiento farmacológico de la depresión bipolar aguda, de manera que éstas sean menos restrictivas frente al uso de antidepresivos (2).

Para Ghaemi y su equipo (1) las guías norteamericanas para el manejo de la depresión bipolar –empírica y conceptualmente– gozan de una potente racionalidad, al sugerir un acercamiento cuidadoso al uso de los antidepresivos en dicha enfermedad. En respuesta a las críticas del grupo de Munich, los norteamericanos formulan cuatro premisas:

Tabla 1

CONTROVERSIA NORTEAMERICANA-ALEMANA SOBRE USO DE ANTIDEPRESIVOS EN DEPRESIÓN BIPOLAR

<i>Grupo Alemán (Möller and Grunze, 2000) (2)</i>	<i>Grupo Americano (Ghaemi et al., 2003) (1)</i>
1. El riesgo de los antidepresivos en la inducción de viraje y ciclos rápidos no es alto.	1. El riesgo de los antidepresivos en la inducción de viraje y ciclos rápidos es alto.
2. Los antidepresivos reducen el riesgo de suicidalidad.	2. Los antidepresivos no han demostrado reducir el suicidio como el litio.
3. Los antidepresivos son una alternativa efectiva en el tratamiento de la depresión bipolar.	3. Los antidepresivos no han demostrado ser más efectivos que los estabilizadores del ánimo en la depresión bipolar y en cambio han demostrado ser menos efectivos que los estabilizadores en prevenir recaída a depresión bipolar.
4. Los estabilizadores del ánimo no han demostrado ser efectivos en depresión bipolar.	4. Los estabilizadores del ánimo, especialmente el litio y la lamotrigina, han demostrado ser efectivos tanto en la fase aguda como en la profilaxis de los episodios depresivos en enfermedad bipolar.
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	<i>Conclusiones y recomendaciones</i>
Es exagerado el riesgo atribuido a los antidepresivos.	Los antidepresivos tienen un riesgo significativo de inducir manía y a largo plazo empeoran la enfermedad por la inducción de ciclos rápidos.
Los antidepresivos podrían ser usados frecuentemente sin estabilizadores del ánimo.	Los antidepresivos deberían ser reservados para aquellos casos más severos de depresión bipolar y no emplearse de modo rutinario en casos leves o moderados.
Los antidepresivos deberían mantenerse por un tiempo prolongado, idealmente 12 meses, para evitar recaídas.	Los antidepresivos deberían discontinuarse después de la recuperación del episodio depresivo y ser mantenidos sólo en aquellos casos en que se ha producido recaída tras su suspensión.

1. El riesgo de los antidepresivos de inducir viraje a manía o ciclos rápidos es alto;
2. Los antidepresivos no han demostrado su efectividad en la prevención del suicidio, pero sí el litio;
3. Los antidepresivos no han demostrado ser más efectivos que los estabilizadores del ánimo en la depresión bipolar, y –por el contrario– serían menos efectivos en la prevención de recaídas a depresión;
4. Los estabilizadores del ánimo, especialmente el litio y la lamotrigina, han demostrado ser efectivos en el tratamiento agudo y profiláctico de la depresión bipolar.

PRIMERA CONTROVERSIA: “¿EL RIESGO DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN LA INDUCCIÓN DE VIRAJE Y CICLOS RÁPIDOS ES ALTO O BAJO?”

Antidepresivos y Viraje a Hipomanía o a Manía

La seguridad de los antidepresivos en depresión unipolar ha sido bien estudiada. Sin embargo, como ésta no

se ha establecido en depresión bipolar estos pacientes quedan excluidos de los ensayos de fase II y fase III con los nuevos antidepresivos (6), por lo que la eficacia de estos fármacos en la enfermedad bipolar no ha sido claramente precisada.

Son muchas las evidencias que indican que el uso de fármacos antidepresivos se asocia a viraje desde depresión a hipomanía, manía o estados mixtos, y a la inducción de ciclos rápidos (16-22). Según algunos autores, no se ha podido dilucidar si la naturaleza de esta forma de trastorno afectivo es producto del efecto adverso (iatrogénico) de los antidepresivos o si es el producto de una bipolaridad que ha sido desenmascarada (8, 16), hecho último que ha sido postulado por Akiskal y su equipo (1983) (18).

El primer reporte de viraje con antidepresivos fue publicado el año 1958 por Kline, quien describió una exaltación anímica catalogada como manía al administrar un inhibidor de la monoaminoxidasa (iproniazida) (23). Veinte años después (1978), Bunney rescató este hallazgo y describió tasas de viraje secundario a tricíclicos e IMAOS del 9,5% (24). Con posterioridad, los estu-

dios clínicos se han centrado casi en forma exclusiva en la inducción de manía y de ciclos rápidos, sin considerar los posibles efectos positivos que pudiesen tener los antidepresivos en la depresión bipolar.

En la actualidad no hay consenso sobre cómo debe definirse el concepto "Treatment Emergent Affective Switch" o simplemente viraje farmacológico a hipomanía o manía (25).

Existen tres estudios que intentan precisar dicho fenómeno, cuyos criterios son utilizados para confirmar que el viraje es producto de los antidepresivos. Éstos pueden resumirse de la siguiente forma: 1. Los antidepresivos han sido utilizados por lo menos durante tres días durante las últimas dos semanas; 2. El comienzo de los síntomas se produce dentro de las primeras 16 semanas de administrados los antidepresivos (otros autores sugieren limitar el tiempo entre 4 a 8 semanas); 3. Junto a la medicación antidepresiva se produce un cambio en el patrón de los síntomas, incrementándose además la severidad de éstos; 4. La mejoría del cuadro ocurre tras la discontinuación del fármaco (13, 26). Las series descritas informan que la manía inducida por los *antidepresivos* es menos severa que la espontánea, dependiendo además del antidepresivo utilizado en cada caso particular; incluso se ha señalado que podría tratarse de una entidad clínica distinta, basándose en su corta duración y menor gravedad (en cuanto a delirios, alucinaciones, agitación psicomotora y conductas bizarras), al compararse con la manía espontánea (26, 27).

¿De qué depende el viraje de depresión a hipomanía o manía?

En términos generales, se ha propuesto que los antidepresivos inducen viraje en depresión bipolar en un rango de 30 a 70%, aunque datos contemporáneos estrechan las cifras a un 20 a 40%, tasas que se incrementan 7 veces si existe un consumo de drogas asociado (28). Estos valores dependen de:

- a. el tipo de depresión que manifieste el paciente.
- b. la clase de antidepresivo utilizado.
- c. el tiempo de duración del tratamiento antidepresivo.

a. TIPO DE DEPRESIÓN QUE MANIFIESTE EL PACIENTE

En "unipolares" (o pseudounipolares), el viraje a manía es un tema poco claro (29); aunque se han sugerido tasas de 4,9% de cambio a hipomanía y de 1,0% a manía, con un total del 5,9%. En cuanto al placebo, éste produciría un viraje que va desde 0,21% a 0,9% (16). Señalamos estos casos con la palabra "pseudounipolar" ya que, si bien estos pacientes nunca han manifestado una

fase hipomaniaca o maniaca, la desarrollarán de forma espontánea en alguna época de la vida, ya que aquellos "unipolares" que viran son probablemente bipolares en los que se ha gatillado la enfermedad (18). En aquellos pacientes que ya han presentado una fase hipomaniaca de forma espontánea y hacen una depresión (por ende bipolar), el viraje es de un 17,3% a hipomanía y de un 25% a manía, con un total de 42,3% (16).

Al comparar las tasas de viraje en bipolaridad versus unipolaridad, Peet *et al.* (1994) encontraron los siguientes resultados: con IRS, esta es de 3,7% versus 0,52% respectivamente; con tricíclicos 11,2% versus 0,72%; y con placebo 4,2% versus 0,21% (30).

En resumen, en depresivos bipolares I y II las tasas de viraje son entre 7 y 15 veces más altas que en depresivos unipolares. Siguiendo esta línea, otro estudio encuentra que con fluoxetina el 3,8% de los bipolares II y 0,3% de los unipolares viran al otro polo. Por lo tanto, el riesgo relativo de viraje con fluoxetina en bipolares II es 12,4 veces más alta que en unipolares (31). Por el contrario, Benazzi (1987) sugiere diferencias más estrechas, señalando un riesgo de viraje 3 veces más alto en unipolares (16).

Un factor de riesgo recientemente identificado son los cuadros mixtos, en los que junto a la depresión se dan síntomas hipomaniacos o maniacos concurrentes (32, 33). Últimamente se ha sugerido que el 60% de las depresiones bipolares de tipo II son compatibles con estados mixtos (considerados antes exclusivos de la bipolaridad de tipo I), por lo que la administración de antidepresivos a este grupo de pacientes agrava de modo importante los síntomas hipomaniacos y el riesgo suicida (34). Por otra parte, se han reportado casos de conversión desde ciclotimia a bipolaridad II con los antidepresivos (35).

b. SEGÚN LA CLASE DE ANTIDEPRESIVO UTILIZADO

La probabilidad de viraje depende del tipo de antidepresivo utilizado (19, 20). Si se requiere el empleo de antidepresivos en bipolaridad, las guías terapéuticas sugieren el uso de los IRS o de bupropión, excluyendo a los tricíclicos (36). Estos postulados se basan en que las tasas de viraje en depresión bipolar serían de 33,7% a 50% con tricíclicos, 12% con IRS (12% con venlafaxina, 10% con sertralina, 3,8 a 7,3% con fluoxetina, 2 a 9% con paroxetina), 8,33% a más de 30% con IMAOs (19, 29) y 0 a 11% con bupropión (20, 24, 26, 37-40). Con escitalopram hay reportes aislados, que no permiten establecer una prevalencia al respecto (41).

Pese a que la paroxetina es uno de los antidepresivos más seguros, hay trabajos que muestran tasas

por sobre el 2% sugerido. Recientemente ha sido publicado un estudio que compara milnacipram (antidepresivo con efecto serotoninérgico y noradrenérgico) con paroxetina: 1,47% (1/47) de los pacientes tratados con milnacipram y 8,86% (7/79) de los pacientes con paroxetina desarrollaron hipomanía o manía (24, 42). Estos resultados se asemejan a otros estudios que encuentran viraje cercano al 9% con paroxetina (26).

Si bien, tal como hemos señalado, los tricíclicos producirían a corto plazo más viraje a hipomanía o manía que los IRS, esto no fundamenta la seguridad de esta última familia de antidepresivos en evitar el viraje. De hecho, un estudio encontró una tasa de viraje a manía para la sertralina, venlafaxina y bupropión del 10%, pero si además se consideraban los virajes a hipomanía, las cifras ascendían al 25% (1). Por otra parte, Ghaemi *et al.* (2003) plantean que, en términos generales, las tasas reales de viraje con tricíclicos son del 40% y con ISRS son cercanas al 20%; estas cifras superan ampliamente al viraje espontáneo (1).

Continuando con la discusión, hay quienes plantean que, excluyendo a los tricíclicos, los nuevos antidepresivos IRS son bastante seguros. Un estudio concluye que en depresión bipolar, el viraje a manía con tricíclicos es de un 11,2% y con IRS, un 3,7% (30). Por su parte, Benazzi (1997) encuentra cifras aún menores con los IRS, muy por debajo a lo encontrado en la mayoría de los casos, sugiriendo que éstas son cercanas al placebo (aproximadamente 1%) (16). Este último trabajo podría demostrar la inocuidad de los IRS en depresión bipolar. Sin embargo, estas cifras pueden resultar más bajas de lo esperado, dado que metodológicamente se excluyeron los depresivos bipolares tipo I, por lo que los resultados deben ser reanalizados (1).

Amsterdam *et al.* (2004) realizaron un estudio con fluoxetina (20 mgs/día) en monoterapia en pacientes con depresión bipolar II, encontrando que al cabo de 8 semanas tuvieron una mejoría significativa en la escala de Hamilton para depresión, con un viraje de 7,3%. Los autores concluyeron que en monoterapia la fluoxetina resulta ser un fármaco seguro y efectivo (39). Este estudio es uno de los pocos en que el antidepresivo fue utilizado sin estabilizadores asociados, lo que da una mayor confiabilidad a sus resultados.

Nemeroff *et al.* (2001) estudiaron el uso de paroxetina o imipramina, asociadas a litio en 117 pacientes. No se reportó viraje en el grupo paroxetina-litio, comparado con 7,7% en el grupo imipramina-litio. Esto permitió concluir, por un lado, la seguridad de la paroxetina como antidepresivo (en relación a la imipramina) y por otra parte, el efecto protector-antiviraje del carbonato de litio (21).

En cuanto al riesgo de viraje por combinación farmacológica, hay un reporte que da cuenta de viraje a hipomanía en un paciente unipolar con la combinación citalopram y sibutramina (inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y norepinefrina utilizado para inhibir el apetito). La paciente citada tomaba desde hacía dos años 40 mg/día de citalopram, a lo que agregó sibutramina 10 mg/día, presentando a los pocos días gran irritabilidad y agitación psicomotora, entre otros síntomas maníacos (43). Respecto a la combinación de antidepresivos se ha reportado un número importante de casos, por ejemplo con bupropión más paroxetina o con bupropión más fluoxetina (44).

C. EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Si bien la mayoría de los virajes ocurre entre los primeros 7 a 12 días del tratamiento antidepresivo (18), a mayor tiempo de terapia, mayor es la probabilidad de viraje a hipomanía o manía. En un trabajo de Post *et al.*, citado por El-Mallakh (20), se evaluaron las tasas de viraje de 1.035 pacientes tratados con antidepresivos. En diez semanas de tratamiento, el 18,2% de los pacientes hizo viraje a hipomanía o manía, y tras un año de tratamiento estas cifras se elevaron a un 35,6% (16,4% había experimentado viraje a manía y 19,2% a hipomanía) (6).

Post *et al.* (2003) realizaron un nuevo trabajo sobre el tema, encontrando que entre 127 pacientes depresivos bipolares hubo un 12,6% de viraje a manía tras 10 semanas de evaluación (considerando sólo aquellos casos de manía "robusta" y potencialmente problemática), ascendiendo al 17,9% en aquellos pacientes observados hasta el año de tratamiento (n = 67) (45).

Autores como Altshuler *et al.* (46) y Joffe *et al.* (47), atribuyen con mayor seguridad el viraje a los antidepresivos cuando han transcurrido hasta ocho semanas desde el inicio del tratamiento farmacológico (y no 16 semanas como se ha sugerido clásicamente). Proponen que, luego de ese periodo, el viraje podría ser secundario al curso natural fásico de la enfermedad bipolar. Otros sugieren limitar dicho tiempo a 4 semanas (18).

Inducción de ciclos rápidos

Los ciclos rápidos han sido definidos en el DSM-IV y en el CIE-10 como la presencia de 4 o más episodios al año de manía, hipomanía o depresión, pudiendo encontrarse como subgrupos los ciclos ultrarrápidos (4 o más episodios al mes) y los ciclos ultradianos (cambios durante el día) (48, 49). Los ciclos rápidos son reportados en un 13 a 56% de la población bipolar, aunque la mayoría de los

Tabla 2

ESTUDIOS RANDOMIZADOS DEL EFECTO INDUCTOR DE DESESTABILIZACIÓN ANÍMICA POR PARTE DE LOS ANTIDEPRESIVOS USADOS A LARGO PLAZO

Estudio	n	Duración seguimiento	Tratamiento	Desestabilización a largo plazo
Wehr <i>et al.</i> (1979)	5	27 meses	Li versus Li + DMI	Li + DMI produce aceleración de los ciclos 4 veces más que el litio solo.
Quitkin <i>et al.</i> (1981)	75	19 meses	Li versus Li + IMI	2,4 veces más episodios maníacos en Li + IMI versus Li + PBO.
Wehr <i>et al.</i> (1988)	51	59 meses	Li + PBO versus TCA + Li	33% más ciclos rápidos con TCA + Li versus Li + PBO.

Referencia = (1). Li = litio; DMI = desipramina; IMI = imipramina; TCA = tricíclicos; PBO = placebo

Wehr *et al.*, Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 555-559.

Quitkin *et al.*, Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 902-907.

Wehr *et al.*, Am J Psychiatry 1988; 145: 179-184.

estudios reportan tasas del 20% (48, 50, 51); siendo más frecuentes en mujeres (23%) que en hombres (16%), y en bipolares tipo I más que II. Los cicladore rápidos son considerados una “forma maligna de enfermedad bipolar”, asociándose a un mayor número de episodios afectivos a lo largo de la vida, a una pobre respuesta al litio y a otros psicofármacos (50) y a una peor puntuación en la Global Assessment of Functioning Scale en comparación a los cicladore no rápidos (58,3 versus 63,2 respectivamente), lo que implica mayor gravedad (51). Los cicladore rápidos tienen mayor probabilidad de iniciar la enfermedad antes de los 17 años, asociándose a intentos suicidas de mayor gravedad (52).

Aunque se desconoce la causa, los antidepresivos inducirían ciclos rápidos en el 25,6% de los casos, situación más frecuente en bipolares tipo I (33%), que en bipolares tipo II (20%) (7). Por su parte, se estima que el 20% de los cicladore rápidos son producto de los antidepresivos; y más aún, pueden exacerbar su curso en el 95% de los pacientes que desde antes manifestaban este patrón de enfermedad (53).

Como hemos señalado, desde la introducción de los antidepresivos los ciclos rápidos han aumentado su prevalencia en un 500% (53, 54). Un estudio demuestra que la proporción de cicladore rápidos entre los pacientes que han hecho viraje farmacológico es de un 46%, comparado con un 14% en los enfermos que no ha presentado este tipo de viraje. Una vez suspendida la terapia antidepresiva, aproximadamente un tercio de esos pacientes dejan de ser cicladore rápidos, volviendo a su patrón cíclico original (6). El ciclaje rápido depende también del fármaco antidepresivo utilizado: 14,3% con ISRS, 9,1% con tricíclicos, 4,3% con bupropión (diferencias no significativas). Del mismo modo,

mientras más se prolongue el tratamiento, hay una mayor probabilidad de ciclaje rápido; de hecho, a las 52 semanas de uso el ciclaje rápido asciende a 32,1% en pacientes bipolares (7).

Una forma de establecer si se ha producido aceleración de los ciclos por los antidepresivos, es determinar rigurosamente la frecuencia de los episodios previos, ya que los ciclos tienden a ser estables en el tiempo.

Perugi *et al.* (2000) señalan que la enfermedad bipolar cuyo primer episodio es depresivo, de por sí tiene más probabilidad de hacer ciclos rápidos y conductas suicidas (51,6%) en comparación con aquellos que debutan con episodios mixtos (25,6%) o maníacos (22,8%) (55). El grupo que debuta con fase depresiva tiende de suyo a hacer ciclos rápidos, a lo que se agrega un riesgo adicional si son sometidos a un antidepresivo (55).

Altshuler *et al.* (1995) estudiaron a un grupo de pacientes bipolares, encontrando que en un 35% de ellos los episodios maníacos fueron gatillados por antidepresivos, mientras que en el 26% de los pacientes la aceleración de los ciclos tuvo relación directa con la acción antidepresiva (46). Por su parte, Yildiz *et al.* (2003) –en un importante estudio– encuentran un 56% de cicladore rápidos entre aquellos pacientes que habían usado antidepresivos previo al debut de la primera fase hipomaniaca, versus un 42% que nunca había utilizado antidepresivos. Pero al analizar dichos resultados según sexo, se encontró que los ciclos rápidos eran estadísticamente muy superiores entre las mujeres bipolares que habían sido expuestas a antidepresivos previo a la primera fase hipomaniaca o maniaca que en aquellas que no habían utilizado previamente antidepresivos (77% versus 41%, $p = 0,02$). Dichos hallazgos no se repitieron entre los hombres, en cuyo grupo no hubo

diferencias estadísticamente importantes (54). Llama la atención que en este estudio se hayan pesquisado tasas tan altas de cicladores rápidos, las que ascienden al doble de lo reportado por la mayoría de los clínicos e investigadores.

Ghaemi *et al.* (2003) rescatan tres interesantes trabajos que se presentan a continuación, y que clarifican el efecto de los antidepresivos a largo plazo en depresión bipolar (1).

Llama la atención que casi la totalidad de los estudios de ciclos rápidos están hechos con tricíclicos, extrapolándose dichos hallazgos –tal como ha hecho notar el grupo de Múnich– a los IRS y a los antidepresivos más modernos (2).

El-Mallakh *et al.* (2004) describen un fenómeno probablemente relacionado con los ciclos rápidos. Varios pacientes con trastorno afectivo bipolar, que reciben tratamiento antidepresivo por un largo periodo (años), desarrollan un estado disfórico-irritable crónico, sin tregua (Antidepressant-Associated Chronic Irritable Dysphoria o ACID), asociado a insomnio medio de difícil manejo, disfunción social y laboral importante, ansiedad refractaria (35, 56), excitación sexual excesiva, obsesión e impulsos suicidas y conductas histriónicas (56). La mejoría tras la suspensión de los antidepresivos es lenta, progresiva y requiere, en la mayoría de los casos, de varios meses, debiendo agregarse en algunos pacientes litio, carbamazepina o ácido valproico (35, 56). En cuanto a este fenómeno, hay reportes que indican que el ciclaje puede llegar a tal punto que se hace un proceso continuo. En otras palabras, una enfermedad episódica como la bipolaridad pasa a ser crónica, sin intervalos libres. Probablemente ACID sea la manifestación de esta cronicidad (35).

SEGUNDA CONTROVERSIA: “LOS ANTIDEPRESIVOS: ¿REDUCEN EL RIESGO DE SUICIDALIDAD?”

En la población general la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida es algo superior al 2% y, de acuerdo a las autopsias psicológicas, en el 90% de todos los casos de suicidio consumado es posible encontrar diagnósticos claros de enfermedades psiquiátricas. Los trastornos del ánimo explican entre el 30 a 80% de todos los suicidios, los abusos de sustancia el 19 a 60% y la esquizofrenia el 2 a 14%; cifras más bajas se asocian a trastornos de ansiedad o de personalidad y a varias enfermedades neurológicas y médicas (57).

Se ha estimado que, cada año, comete suicidio aproximadamente el 0,4% de las mujeres y los hombres a quienes se les diagnostica un trastorno bipolar (58),

lo que a lo largo de la vida asciende a 15 - 20%, es decir, unas 20 veces más que lo reportado en la población general (58-62).

Aproximadamente el 25 a 50% de los pacientes bipolares tiene historia de intentos de suicidio (63), con una alta tasa de letalidad. De hecho, uno de cada tres pacientes bipolares que intentan suicidio completa el acto, comparado con uno de cada 18 en la población general (57, 62). Por lo tanto, se trata de una población que está sujeta a riesgo durante toda su vida, razón por la cual no podemos permanecer indiferentes a un tema central como es la prevención del suicidio.

Una crítica que se ha hecho a este punto de vista es que el uso de los antidepresivos de un modo no agresivo significaría que la depresión bipolar es subtratada, aumentando el riesgo suicida. Esto cobra relevancia si se considera que en la bipolaridad los suicidios ocurren en un 79% durante la fase depresiva; en cambio el riesgo de suicidio en manía –especialmente en manía pura– es bajo (64). Por su parte, Dilsaver *et al.* (1994) encontraron que, entre 93 pacientes bipolares, el 2% de los sujetos con manía pura (n = 49) se había suicidado, versus el 55% de los pacientes con estados mixtos (n = 34). Esto permitió concluir que los pacientes con estados mixtos tienen una altísima probabilidad de cometer suicidio, constituyendo un grupo que requiere cuidados especiales (65).

Si bien hay autores que sugieren que, en la fase aguda de la depresión, los antidepresivos no sólo permiten la remisión de la sintomatología depresiva sino que además reducen las tasas de suicidio (2), la evidencia no es clara en afirmar el efecto y el beneficio de los antidepresivos como prevención del suicidio. En cambio el litio –entre todos los agentes psicotrópicos– es el que goza de mayor prestigio en este aspecto (1). Baldeasarini *et al.* (2003) encuentran en un meta-análisis que la tasa de intento de suicidio es 15 veces menor con litio que sin tratamiento (4,65%/año versus 0,312%/año), lo que equivale a una reducción del 93%. Para los suicidios consumados la tasa es 5,4 veces menor con litio, lo que equivale a una reducción de 81,5% (0,942%/año versus 0,174%/año). Con litio el riesgo de todos los actos suicidas (intentos y muertes) se redujo en un 100% para pacientes depresivos monopolares, 82% para bipolares tipo II y 67% para bipolares tipo I (66).

El grupo de Munich asume como premisa que los antidepresivos disminuyen el riesgo suicida en el trastorno bipolar. Sin embargo, los estudios sobre el tema se limitan a la depresión unipolar, por lo que no se puede extrapolar dicha conclusión a la depresión bipolar (1). Contrariamente a lo que se ha sugerido, un estudio

realizado en depresión unipolar que analizó el efecto antisuicida de los IRS y otros antidepresivos nóveles (venlafaxina, nefazodona, mirtazapina y bupropión), utilizando la base de datos de la Food and Drug Administration (FDA) ($n = 19639$), no encontró una diferencia significativa en suicidios consumados ($p = 0,46$) o intentos suicidas ($p = 0,64$) entre los pacientes tratados con antidepresivos y con placebo (67).

Cuando los antidepresivos inducen manía frecuentemente lo hacen a estados mixtos o ciclos rápidos, situaciones clínicas que se asocian a una mayor tasa de suicidio. Por consiguiente, es necesario considerar como primera línea de tratamiento las sales de litio, poniendo en tela de juicio la efectividad de los antidepresivos (1).

TERCERA CONTROVERSIAS: "ANTIDEPRESIVOS: ¿SON UNA ALTERNATIVA EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN BIPOLAR?"

Hasta la fecha los antidepresivos no han sido aprobados en el tratamiento de la fase depresiva de la enfermedad bipolar (68) y, para algunos investigadores norteamericanos, su eficacia en depresión bipolar es un tema discutible y no resuelto, ya que no se puede extrapolar el beneficio largamente comprobado de estos fármacos en la depresión monopolar a la depresión bipolar (1). Sin embargo, hay quienes postulan que no existen análisis que revelen una significativa diferencia en la respuesta del paciente monopolar o bipolar (2).

Los estudios disponibles acerca de la efectividad de los antidepresivos en bipolaridad tienen limitaciones metodológicas. Las muestras generalmente son pequeñas y los diseños placebo-control son rara vez utilizados. Por lo demás, como hemos visto, el tema de viraje a manía ha acaparado el interés de los clínicos, dejándose de lado el tema de la eficacia antidepresiva en depresión bipolar (2).

Considerando el riesgo de manía aguda, el uso rutinario de los antidepresivos en depresión bipolar podría ser riesgoso, sin agregar un mayor beneficio por sobre los estabilizadores del ánimo, lo que cobra más valor desde la aparición de la lamotrigina (estabilizador del ánimo que posee cierto efecto antidepresivo). Por otra parte, la mayoría de los estudios disponibles a la fecha fracasan en el intento de demostrar la acción de los antidepresivos como agentes protectores de recaída, lo que contrasta con la evidencia existente con los estabilizadores. Esto último –en el caso de usar antidepresivos– implicaría probablemente un mayor número de episodios anímicos en el tiempo por acción de los ciclos rápidos (1).

Eficacia antidepresiva en depresión bipolar

La experiencia clínica ha sugerido que aquellas drogas efectivas en depresión unipolar lo son también en depresión bipolar, lo cual ha sido evidenciado en diversos estudios con un pequeño número de pacientes. Esto ha sido demostrado con los tricíclicos, ya que no se han realizado estudios acabados con los nuevos antidepresivos, puesto que tienden a ser excluidos de las pruebas terapéuticas de efectividad. Sin embargo, tanto los estudios genéticos como por neuroimágenes sugieren que se trata de dos cuadros totalmente distintos, que requerirán distintos tratamientos. Esto podría sustentarse además en el hecho que los antidepresivos –en algunos casos– empeoran el curso de la enfermedad bipolar (32, 69). Si bien se ha planteado una equivalencia de respuesta a los antidepresivos en monopolaridad y bipolaridad, Ghaemi *et al.* (2004) han sugerido que en bipolaridad la tasa de respuesta de los antidepresivos sería 1,6 veces menor que en monopolaridad (7).

Los datos que muestran la efectividad de los tricíclicos en depresión bipolar son extremos y contradictorios. Martin *et al.* (2004) encuentran que la tasa de respuesta a los antidepresivos tricíclicos en depresión bipolar (disminución en la puntuación de la escala de Hamilton de depresión mayor o igual al 50%), va desde el 50 al 70% en la mayoría de los estudios (70). Sin embargo, no han demostrado su superioridad en depresión bipolar en comparación con el litio a niveles plasmáticos útiles (27). Sin ir más lejos, Nemeroff *et al.* (2001) encuentran que cuando la litemia es superior a 0,8 el litio asociado a antidepresivos (IRS o tricíclicos) no sería superior al litio en monoterapia. Por el contrario, si la litemia es baja, el litio asociado a imipramina o a paroxetina, es superior al litio más placebo (21).

La impresión general permite rechazar la hipótesis de que los antidepresivos no serían efectivos en depresión bipolar. Sin embargo, para sustentar lo anterior, los futuros estudios con antidepresivos no deberían excluir a los pacientes bipolares (71).

¿Qué hacer con los antidepresivos una vez que se están administrando al paciente bipolar?

Tal como han propuesto las guías terapéuticas estadounidenses, el grupo Americano entre sus sugerencias propone: "*los antidepresivos deberían discontinuarse después de la recuperación del episodio depresivo, manteniéndose sólo en aquellos casos en que se ha producido recaída tras su suspensión*". De ahí en adelante, hay que sopesar el riesgo de viraje y de ciclos rápidos. Por lo tanto, y a la luz de las evidencias, aparecería como lo más lógico la suspensión del antidepresivo en forma precoz (1).

Tabla 3
EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN DEPRESIÓN BIPOLAR

Estudio	Datos generales	Datos específicos
Bottlender <i>et al.</i> (2002) (69)	Con ATD: UP vs BP igual respuesta Usaron: TRI, IMAOs, IRS, otros	Limitante: Más BP con EA. Se corrigió al comparar UP que usaban EA vs BP con EA. Tampoco hubo diferencia en respuesta
Ghaemi <i>et al.</i> (2004) (7)	UP > BP BP 1,6 veces menor respuesta que UP Viraje 48,8% BP vs 0% UP	Tasa no respuesta según clase ATD usado (en BP): a.- Misceláneos = 66%; b.-BUP = 43,5%; c.-TRI = 36,4%; d.- IRS = 32,1%. ATD + EA = 4,3 veces < viraje que ATD solo. Recaída por suspensión ATD: UP > BP (4,7 veces)
Vieta <i>et al.</i> (2002) (38)	Respuesta = reducción 50% o + en escala HAMD	Respuesta: PRX < VFX; 59% VFX vs 48% PXT; Viraje: 13% VFX vs 4% PXT
Montes <i>et al.</i> (2003) (74)	CGI > en EA + ATD vs ATD	Recaída: IRS o VLF = 55% vs TC = 66,7% (NS) (ATD asociados a EA) Si ATD en monoterapia, recaída = 100%
Corya <i>et al.</i> (2003) (75)	OLX vs OFC vs PBO	A los 7 días OLX y OFC mostraron mejoría significativa (MADRS) sobre PBO; sólo OFC fue superior al PBO en controles posteriores
Amsterdam <i>et al.</i> (1998) (31)	89 DU vs 89 BP II BP II = UP eficacia (12 primeras semanas de tratamiento con fluoxetina); Fase de seguimiento (50 semanas), BP II = UP en recaídas.	BP II reducción puntuación HAM-D ₁₇ más precoz que UP (NS) Viraje primera fase = 3.8% - BP y 0% - UP; a largo plazo, el viraje en BP fue del 4% y en UP (1%) Eficacia: reducción puntaje basal > o = 50% HAM-D ₁₇ o puntaje < o = a 7 Recaída: incremento puntaje HAM-D ₁₇ > o = a 14.
Amsterdam <i>et al.</i> (1998) (76)	VFX en depresión BP II (n=17) vs UP (n=31). 6 semanas: Eficacia BP = UP. Reducción puntajes HAM-D (p < 0.03) y MADRS (p < 0.02) más rápida en BP II.	Dosis VFX: Comienzo 37,5, hasta 225 mg/día. Evaluados: HAM-D _{21r} , Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Clinical Global Impression (CGI) Scale. Viraje: 0% BP II - 0% UP. VFX: Seguro y Eficaz en depresión BP II
Amsterdam <i>et al.</i> 2003 (77)	BP II (n=28) y UP (n=27) FLX monoterapia	A las 26 semanas disminuye HAM en 78% BP II vs 67% UP (NS). Reducción escala HAM a puntajes igual o menor a 7

Respuesta: Reducción HAM-D en 50%

UP = Unipolar, BP = Bipolar, ATD = Antidepresivos, TRI = Tricíclicos, IMAOs = Inhibidor monoaminoxidasa, IRS = Inhibidor selectivo serotonina, FXT = Fluoxetina, IMI = Imipramina, PRX = Paroxetina, VFX = Venlafaxina, TRA = Tranilcipromina, Li = Litio, VAL = Valproato, EA = Estabilizador del ánimo, PBO = Placebo, OLX = Olanzapina, OFC = Olanzapina + Fluoxetina.

Limitante es que por lo general los estudios son en depresivos BP, sin separar los I y II.

Se puede plantear el hecho de que al suspender precozmente los antidepresivos el paciente pueda recaer a una nueva fase depresiva. Respecto a lo anterior. Ghaemi *et al.* (2004) señalan que –según su experiencia y lo que han observado– la depresión que sigue a la discontinuación de los antidepresivos es infrecuente y menos problemática en el trastorno bipolar (17,6%) que en depresión unipolar (83,3%). Además encontraron la

evidencia de otro problema, la tolerancia a los antidepresivos, con recaída hacia episodios depresivos mayores a pesar de la continuación de los antidepresivos, lo cual ocurre en la mayoría de los pacientes con trastorno bipolar (57,5%) versus una minoría de los pacientes con depresión unipolar (18,4%) (7).

Sin embargo, y contrariando todos los postulados formulados, en los últimos años se ha reportado la aso-

ciación entre discontinuación precoz del antidepresivo y la recaída a depresión en los pacientes bipolares. En relación a esto, si bien se recomienda la suspensión entre 1 a 6 meses de iniciada la terapia antidepresiva (40), Altshuler *et al.* (2001) cuestionan la idea de suspender precozmente los antidepresivos, afirmando que dichas recomendaciones se basan en un reducido número de estudios. Por esta razón estudiaron a 44 pacientes bipolares, siguiéndolos por un periodo que fue desde 0,27 a 4,6 años (promedio = 306 días). Veinticinco pacientes suspendieron el antidepresivo a lo largo del estudio, y 19 continuaron el tratamiento. La suspensión del tratamiento se asoció a un aumento significativo en el riesgo de recaída para depresión (odds ratio = 3,13, $p = 0,065$). Al año de seguimiento, 68% de los pacientes que discontinuaron el tratamiento antidepresivo, versus 32% que lo mantuvo, tuvieron recaída. Por otra parte, los pacientes que abandonaron el tratamiento antidepresivo se estratificaron según el tiempo transcurrido entre la mejoría sintomática y la suspensión, encontrándose que aquellos que se mantuvieron con el antidepresivo como mínimo 6 meses post “mejoría” tuvieron una tasa de recaída mucho menor que aquellos que suspendieron tras 2 a 6 meses de mejoría ($p = 0,02$). En el otro polo, tras un año, 25% del grupo que suspendió el antidepresivo versus el 20% de los que lo mantuvieron recayeron a manía (72).

Dos años después, Altshuler *et al.* (2003) publicaron otro estudio prospectivo para re-confirmar sus postulados, es decir, que la terapia antidepresiva en pacientes depresivos bipolares debe mantenerse por un tiempo prolongado y no suspenderse tan precozmente. Para esto, siguieron a 84 pacientes depresivos bipolares con buena respuesta a tratamiento antidepresivo (asociado

a otros fármacos: litio, carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina, topiramato, gabapentina y antipsicóticos atípicos). Se dividieron dos grupos, aquellos que continuaron la medicación antidepresiva ($n = 41$) y aquellos que la suspendieron ($n = 43$). Los resultados mostraron que los pacientes que suspendían el antidepresivo dentro de los primeros 6 meses de mejoría sintomática (29 semanas promedio) tenían riesgo de recaída 2,69 veces superior a los que prolongaban el tratamiento más allá de ese periodo (41 semanas promedio). Después de un año de remisión, 70% de los pacientes que discontinuaron precozmente el antidepresivo recayó nuevamente a depresión, versus un 36% en el grupo que prolongó su uso más allá de los 6 meses (56% si lo discontinúa entre los 6 y 12 meses; 24% si la discontinuación se lleva a cabo más allá del año de mejoría clínica) (73).

Al comparar el grupo de discontinuación precoz con aquellos que discontinuaron después del año, se encontró que el primer grupo tenía una tasa de recaída 4 veces más alta (odds ratio = 4,12; $p = 0,05$). El análisis de chi-cuadrado arrojó como resultado que ninguno de los estabilizadores influyó en las tasas de recaída y que no hubo diferencias entre bipolares I y II. Por último, en el año de seguimiento, 15 de 84 pacientes (18%) tuvieron recaída a manía (73).

Estos dos estudios permitirían concluir que, en lugar de una suspensión precoz, sería conveniente mantener el antidepresivo junto al estabilizador por lo menos durante un año (sin un riesgo mayor de viraje a hipomanía o manía). Por otra parte, atribuyen a los antidepresivos cierto rol profiláctico o preventivo frente a la recaída, información que por provenir de reportes aislados requiere de mayor investigación.

Tabla 4
ACCIÓN DE LOS ANTICONVULSIVANTES SOBRE MANÍA Y DEPRESIÓN EN FASE AGUDA Y PROFILÁCTICA (34)

	Manía		Depresión	
	Aguda	Profilaxis	Aguda	Profilaxis
Valproato	+++	+++	+	++
Gabapentina	-	-	(+)	(+)
Tiagabina	-		¿?	
Fenitoína	(++)		(+)	
Carbamazepina	+++	++	+	++
Oxcarbazepina	+++			
Lamotrigina	+	++	+++	+++
Topiramato	-	±	±	±

0 = Ausente; ± = Mínimo; + = Bajo; ++ = Moderado; +++ = Marcado

Tabla 5
ESTABILIZADOR DEL ÁNIMO VERSUS ANTIDEPRESIVO EN DEPRESIÓN BIPOLAR

Estudio	Datos generales	Resultados
Prien <i>et al.</i> , 1973 (87)	BP I (n=44); Li vs IMI vs PBO; duración > 24 meses	Eficacia: Li > IMI = PBO Recurrencia a manía o depresión con Li= 18% vs 67% en grupo PBO o IMI
Wehr y Goodwin, 1972 (88)	BP I (n=5); Li vs Li + DMI; duración 27 meses promedio	Eficacia: Li + DMI > Li; disminuyó tiempo total que pacientes permanecen Deprimido. Viraje: Li + DMI >> Li
Quitkin <i>et al.</i> , 1981 (89)	BP I (n=75); Li vs Li + IMI; 19 meses promedio	Eficacia: Li = Li + IMI. Manía: Li + IMI > Li (en mujeres)
Kane <i>et al.</i> , 1982 (90)	BP II (n=22); UP (n=27) Li vs IMI vs Li + IMI vs PBO 11 meses promedio	Eficacia: Li > PBO, IMI = PBO Li reduce (con o sin ATD) recaída a depresión 3 a 8 veces (Li = 20%; PBO = 76%)
Prien <i>et al.</i> , 1984 (91)	BP I (n=117) Li vs Li + IMI vs IMI > 24 meses	Eficacia en prevenir recaídas: Li (55%) = Li + IMI (53%) Manía: IMI > Li + IMI = Li
Sachs <i>et al.</i> , 1994 (92)	BP I (n=15); Li + BUP vs Li + DMI; > 12 meses	Eficacia: Li + BUP = Li + DMI; Manía: DMI > BUP (50% versus 11,1%)
Nemeroff <i>et al.</i> , (2001) (21)	Efectividad medida por CGI y HAM-D Efectividad de PRX e IMI en depresión BP tratado con Li. Dosis promedio 32,6 mg/día para PXT y 166.7 mg/día IMI.	Si litemia es > 0,8 : PRX + Li = IMI + Li = PBO + Li Si litemia < 0,8: PXT e IMI > PBO Se confirma efecto ATD de Li. Li con nivel plasmático útil no requiere antidepresivos
Young <i>et al.</i> , (2000) (93)	Estudio contemplo pacientes depresivos BP que continuaban depresivos pese al uso de Li o VAL en monoterapia a dosis útiles	PRX + (Li o VAL) = Li + VAL Li + VAL peor tolerado

BP = Bipolar; UP = Unipolar, PRX = Paroxetina, BUP = Bupropión, DMI = Desipramina, FLX = Fluoxetina, IMI = Imipramina, Li = Litio, VAL = Valproato, PBO = Placebo, > = más efectivo, < = menos efectivo, NS = no significativo estadísticamente.

CUARTA CONTROVERSIAS: "LOS ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO: ¿SON O NO EFECTIVOS EN DEPRESIÓN BIPOLAR?"

Hasta la actualidad el litio ha sido considerado la única droga disponible que cumple todos los criterios de estabilizador del ánimo en un sentido estricto, siendo efectivo en ambas fases de la enfermedad bipolar, sin empeorar el curso natural de alguna de ellas (78). El manejo agudo y profiláctico de la depresión bipolar debe ser motivo de preocupación y reflexión, ya que corresponde a la fase más frecuente y más larga, siendo la duración aproximada mayor a un año en al menos un 25% de los casos (79).

En depresión aguda el litio es efectivo en el 44 a 100% de los casos, aunque en el 50 a 72% de ellos la

respuesta es parcial (80). De los estudios consignados en la tabla 6, se concluye que la efectividad del litio en monoterapia no difiere de la del litio asociado a antidepresivos, cuando el primero alcanza niveles plasmáticos útiles. En cambio, si la litemia es menor a 0,8 la adición de antidepresivos al litio resulta más efectiva que la monoterapia. Por lo tanto, si se logran niveles plasmáticos útiles de litio, la adición de antidepresivos no mejoraría de modo significativo la eficacia antidepresiva

Young *et al.* (2000) estudiaron un grupo de pacientes depresivos bipolares que continuaban sintomáticos pese a recibir litio o valproato en monoterapia y en dosis útiles. Encontraron que la adición de paroxetina al litio o al valproato fue tan efectiva como la combinación de litio con valproato, aunque la primera asociación resultó ser mejor tolerada (31).

Winsberg *et al.* (2001), en un estudio abierto de 12 semanas en 19 pacientes con depresión bipolar tipo II, tratados con divalproato de sodio, con niveles plasmáticos útiles, encontraron un 63% de respuesta, catalogado como la reducción en un 50% o más del puntaje inicial de la escala de HAMD (66). Sin embargo, el único estudio controlado con divalproato en pacientes depresivos bipolares I y II, no mostró separación estadísticamente significativa respecto al placebo al cabo de 8 semanas de tratamiento. El escaso número de estudios efectuados con divalproato en depresión bipolar no permite concluir con certeza la utilidad de este estabilizador en dicha fase de la enfermedad bipolar (81).

Pese a reportes aislados que concluyen cierta efectividad de los antidepresivos a largo plazo, los estabilizadores del ánimo –principalmente el litio y la lamotrigina– son más efectivos que los antidepresivos en la prevención de recaídas a una nueva fase depresiva (6, 72), siendo el primero de estos fármacos el más estudiado en este aspecto. Pese a que el litio es un fármaco ampliamente reconocido como antirrecurrential, un estudio de marketing realizado en Estados Unidos demostró que su uso es relegado a un cuarto o quinto lugar después del ácido valproico, la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina (10).

De la tabla anterior se desprende que el único anticonvulsivante útil en depresión, tanto en la fase aguda como en la mantención es la lamotrigina. Este anticonvulsivante de tercera generación fue aprobado el año 2003 por la FDA y es considerado eficaz en cicladores rápidos, bipolaridad de difícil manejo y depresión bipolar –tanto en la fase aguda como profiláctica–, con un mínimo riesgo de empeorar el cuadro maniaco o de desarrollar a largo plazo una fase maníaca (79, 80, 82, 83). En correspondencia a estos hallazgos, la versión revisada de la American Psychiatric Association Practice Guideline para el tratamiento de la depresión bipolar, considera como tratamientos de primera línea a la lamotrigina y al litio (84). El año 1999 Calabresse *et al.* realizaron un estudio aleatorio, de doble ciego, controlado con placebo, cuyo objetivo era demostrar la efectividad de la lamotrigina como monoterapia en 195 pacientes bipolares I en fase depresiva. Tanto las dosis bajas como altas (50 mg/día y 200 mg/día), demostraron ser significativamente más efectivas que el placebo de acuerdo a las escalas de Depresión de Hamilton (HAMD) y de Montgomery Asberg (MADRS) y a la Escala de Impresión Global (CGI) (85). Pese a la efectividad de la lamotrigina como monoterapia, McElroy *et al.* (2004), en un estudio abierto de 52 semanas, encontraron que el 52% de los pacientes requirió el uso adicional de otro psicotrópico, siendo utilizados los antidepresivos en el 31% de los casos (86).

Por su seguridad clínica y farmacológica, la lamotrigina permitirá al clínico postergar el uso de los antidepresivos, con todas las ventajas que esto podría tener para el paciente; a lo que se debe agregar la inocuidad sobre el peso y las funciones cognitivas, características que no son compartidas por otros estabilizadores.

CONCLUSIONES

Los paneles de expertos recomiendan, en el tratamiento de la depresión bipolar: 1) evitar el uso de los antidepresivos en monoterapia; 2) iniciar tratamiento con estabilizadores en los casos leves a moderados y agregar antidepresivos en combinación con estabilizadores en los casos severos; 3) limitar el empleo de los agentes antidepresivos a los ISRS o a bupropión, abandonando el uso de tricíclicos; 4) iniciar el tratamiento con ISRS o bupropión en dosis bajas y mantenerlo por el menor tiempo posible. Muchas de estas recomendaciones se basan en estudios efectuados en pacientes bipolares tipo I y quizás no sean extrapolable a bipolares II. Asimismo, ninguna de ellas se fundamenta en evidencia suficientemente sólida ni ha sido controlada de modo prospectivo por tiempo suficiente.

Si bien coincidimos con la mayoría de los postulados norteamericanos, creemos que los antidepresivos no deben ser excluidos radicalmente por las siguientes razones:

- a. Son una opción terapéutica de fácil disponibilidad y buena tolerancia.
- b. Prácticamente la totalidad de los estudios que muestran la superioridad del litio sobre los antidepresivos se ha efectuado con tricíclicos y no con ISRS, por lo que queda una “veta” farmacológica sin investigar, que podría ser de gran utilidad.
- c. El viraje se produce en un bajo porcentaje al usar ISRS.
- d. La suspensión del antidepresivo revierte el viraje.
- e. En comparación con la manía espontánea, la manía inducida por antidepresivos es más breve y menos severa (en cuanto a delirios, alucinaciones, agitación psicomotora y conductas bizarras), requiere menor tiempo de hospitalización y presenta una menor puntuación en la Escala de Evaluación de Manía de Young (YMRS) especialmente en elevación anímica, irritabilidad y conductas disruptivo-agresivas.

Por otra parte, muchos de los trabajos clínicos sobre el tema de los antidepresivos y el viraje o inducción a ciclos rápidos son criticables por las siguientes razones:

En primer lugar, no hay un uso sistemático de escalas de medición para hipomanía o manía. Segundo, la mayoría de los estudios utilizan dosis bajas de antidepressivos, lo que podría enmascarar algunos casos de viraje. Tercero, en la mayoría de los casos el seguimiento es de corta duración (6 a 12 semanas). En cuarto lugar, no hay estudios de seguimiento de aquellos pacientes cuya primera hipomanía o manía es secundaria a antidepressivos, para determinar si con posterioridad desarrollan eventos anímicos espontáneos, tal como ha sugerido Akiskal en un único estudio. En quinto lugar, la gran mayoría de las investigaciones incluye el uso de estabilizadores del ánimo además del antidepressivo, por lo que resulta muy difícil evaluar la efectividad clínica "pura" de los antidepressivos, así como su seguridad en enfermedad bipolar.

Finalmente, consideramos que el riesgo de viraje a hipomanía o a manía –situación que no sometemos a cuestionamiento– interfiere notablemente en los esfuerzos por dar respuesta a un problema quizá mayor, como es la determinación del tratamiento adecuado y óptimo de la fase depresiva de la enfermedad bipolar.

REFERENCIAS

- Ghaemi SN, Hsu DJ, Soldani F, Goodwin FK. Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Disord* 2003; 5: 421-433
- Möller, Grunze. Have some guidelines for the treatment of acute bipolar depression gone too far in the restriction of antidepressants? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 57-68
- Amann B, Gruñes H. Antidepressivos en el tratamiento del trastorno bipolar: una perspectiva europea. En: E. Vieta. Tratamiento de la depresión bipolar. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2003; 45-57
- Ghaemi SN, Hsu DJ, Goodwin FK. El uso de antidepressivos en el trastorno bipolar: una perspectiva de Estados Unidos. En: E. Vieta. Tratamiento de la depresión bipolar. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2003; 45-57
- Silva H. Trastorno límite de la personalidad y espectro bipolar ¿una entidad única? En: Silva H. *El trastorno bipolar y el espectro de la bipolaridad*. Santiago: CyC Aconcagua División Editorial, 2004, pp. 103-117
- El-Mallakh R, Karipoot A. Use of antidepressants to treat depression in bipolar disorder. *Psychiatric Services* 2002; 53: 580-584
- Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 163-165
- Goldberg JF, Truman ChJ. Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. *Bipolar Disord* 2003; 5: 407-420
- Katzow JJ, Hsu DJ, Ghaemi SN. The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar Disord* 2003; 5: 436-442
- Ghaemi SN, Lenox MS, Baldessarini RJ. Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 565-569
- Gijssman HJ, Geddes JR, Rendell JM, Nolen WA, Goodwin GM. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1537-1547
- Simon NM, Otto MW, Weiss RD, Bauer MS, Miyahara S, Wisniewski SR, Thase ME, Kogan J, Frank E, Nierenberg AA, Calabrese JR, Sachs GS, Pollack MH. Pharmacotherapy for bipolar disorder and comorbid conditions. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 512-520
- Blanco C, Laje G, Olfson M, Marcus SC, Pincus HA. Trends in the treatment of the bipolar by outpatient psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1005-1010
- Lim PZ, Tunis SL, Edell WS, Jensik SE, Tohen M. Medication prescribing patterns for patients with bipolar I disorder in hospital settings: adherence to published practice guidelines. *Bipolar Disord* 2001; 3: 165-173
- Levine J, Chengappa KN, Brar JS. Psychotropic drug prescription patterns among patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2000; 2: 120-130
- Benazzi F. Antidepressant-associated hypomania in outpatient depression: A 203-case study in private practice. *J Affect Disord* 1997; 46: 73-77
- Lewis J, Winokur G. The induction of mania. A natural history study with controls. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 3, abstract
- Akiskal HS, Walker P, Puzantian VR, King D, Rosenthal TL, Dranon M. Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983; 5: 115-128
- Bottlender R, Rudolf D, Straub A, Möller H. Antidepressant-associated manic states in acute treatment of patients with bipolar-I depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248: 296-300
- Sachs G, Lafer B, Stoll A *et al*: A double blind trial of bupropion versus desipramine for bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 391-393
- Nemeroff CB, Evans DL, Gyulai L, Sachs GS, Bowden ChL, Gergel IP, Oakes R, Pitts CD. Double-blind, placebo –controlled comparison of imipramine and paroxetine in the treatment of bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 906-912
- Howland RH. Induction of Mania With Serotonin Reuptake Inhibitors. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 425-427
- Martin A, Young Ch, Leckman JF, Mukonowesshuro Ch, Rosenheck R, Leslie D. Ages effect of antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 773-780
- Morishita S, Seizaburo A. Induction of mania in depression by paroxetine. *Human Psychopharmacol Clin Exp* 2003; 18: 564-568
- Tamada RS, Issler CK, Amarai JA, Sachs GS, Lafer B. Treatment emergent affective switch: a controlled study. *Bipolar Disord* 2004; 6: 333-337
- Preda A, McClean RW, Mazure CM, Bowers MB Jr. Antidepressant-associated mania and psychosis resulting in psychiatric admission. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 30-33
- Himmelhoch JM, Thase ME, Mallinger AG, Houck P. Tranylcypromine versus imipramine in anergic bipolar depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 910-916
- Goldberg JF, Whiteside JE. The association between substance abuse and antidepressant-induced mania in bipolar disorder: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 791-795
- Kupfer DJ, Carpenter LL, Frank E. Possible role of antidepressant in precipitating mania and hypomania in recurrent-depression. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 804-808
- Peet M. Induction of mania with selective serotonin re-uptake inhibitors and tricyclic antidepressants. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 549-550
- Amsterdam JD, Garcia-Espana F, Fawcett J. Efficacy and safety of fluoxetine in treating bipolar II major depressive episode. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18: 435-440

32. Bottlender R, Sato T, Kleindienst N, Staub A, Möller HJ. Mixed depressives features predict maniform switch during treatment of depression in bipolar I disorder. *J Affect Disord* 2004; 78: 149-152
33. Ghaemi SN, Goodwin FK. Introduction to special issue on antidepressant use in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 385-387
34. Benazzi F. The problem of the treatment of bipolar-II depression. *Bipolar Disord* 2004; 6: 440-441
35. El-Mallakh RS, Karipoot A. Antidepressant-associated chronic irritable dysphoria (acid) in bipolar disorder: a case series. *J Affect Disord* 2004, in press
36. Henry Ch, Sorbara F, Lacoste J, Gindre C, Leboyer M. Antidepressant-induced mania in bipolar patients: identification of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 249-255
37. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L. The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression. *Comp Psychiatry* 1988; 39: 63-71
38. Vieta E, Martínez-Aran A, Giokolea JM, Torrent C, Colom F, Benabarre A, Reinares MA. A randomized trial comparing paroxetine and venlafaxine in the treatment of bipolar depressed patients taking mood stabilizers. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 508-512
39. Amsterdam JD, Shults J, Brunswick DJ, Hundert M. Short-term fluoxetine monotherapy for bipolar II or bipolar NOS major depression-low manic switch rate. *Bipolar Disord* 2004; 6: 75-81
40. Bowden ChL. Making optimal use of combination of pharmacotherapy in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl 15): 21-24
41. Prapotnik M, Di Pauli J, Vetter Z, König P, Conca A. Antidepressant-associated mania with escitalopram. *European Psychiatry* 2004; 19: 454-455 (letter)
42. Morishita S, Seizaburo A. Prevalence induced mania in patients treated with milnacipam: a comparison with paroxetine. *European Psychiatry* 2004; 315-316
43. Benazzi F. Organic hypomania secondary to sibutramine-citalopram interaction. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 2 (letter)
44. Gabbay, O'Dowd MA, Asnis GA. Combined antidepressant treatment: a risk factor for switching in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 367 (letter)
45. Post RM, Leverich GS, Nolen WA, Kupka RW, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, McElroy, Keck P Jr, Grunze H, Walden J. A re-evaluation of the role of antidepressants in the treatment of bipolar depression: data from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Bipolar Disord* 2003; 5: 396-406
46. Altshuler L, Post R, Leverich G, Mikalaukas K, Rosoff A, Ackerman L. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1130-1138
47. Joffe R, MacQueen G, Marriott M, Robb J, Begin H, Young L. Induction of mania and cycle acceleration in bipolar disorder: effect of different classes of antidepressant. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105; 427-430
48. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller HJ, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59: S5-S30
49. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. APA Press, Washington DC, 1994
50. Simpson HB, Hurowitz GI, Liebowitz MR. General Principles in the Pharmacotherapy of Antidepressant-Induced Rapid Cycling: A Case Series. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1997; 17: 460-466. Antimicrobial-induced mania (antibiomania): a review of spontaneous reports. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002; 22: 71-81
51. Schneck ChD, Miklowitz DJ, Calabrese JR, Allen MH, Thomas MR, Wisniewski SR, Miyahara S, Shelton MD, Ketter TA, Goldberg JF, Bowden ChL, Sachs GS. Phenomenology of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1902-1908
52. Coryell W, Solomon D, Turvey C, Keller M, Leon AC, Endicott J, Schettler P, Judd L, Mueller T. The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 914-920
53. Bowden ChL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord* 2003, in press
54. Yildiz A, Sachs GS. Do antidepressants induce rapid cycling?: a gender-specific association. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 814-818
55. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, Madaro D, Socci C, Quilici C, Muzetti L. Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Comp Psychiatry* 2000; 41: 13-21
56. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23: 68-73
57. Tondo L, Baldessarini RJ. Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 9): 97-104
58. Tondo L, Isacson G, Baldessarini RJ. Suicidal behavior in bipolar disorder. *CNS Drugs* 2003; 17: 491-511
59. Coppen A, Farmer R. Suicide mortality in patients on lithium maintenance therapy. *J Affect Disord* 1998; 50: 261-267
60. Müller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity on the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 1172-1175
61. Müller-Oerlinghausen B. How should findings on antisuicidal effects of lithium be integrated into practical treatment decisions? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 126-131
62. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73: 223-228
63. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 9): 47-51
64. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro H, Lonnquist J. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1020-1024
65. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Krajewski KJ. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1312-1315
66. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 5): 44-52
67. Khan A, Warner HA, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 311-317
68. Winsberg ME, DeGolia SG, Strong CM, Ketter TA. Divalproex therapy in medication-naïve and mood-stabilizer-naïve bipolar II depression. *J Affect Disord* 2001; 67: 207-212
69. Bottlender R, Rudolf D, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Are bipolar I depressive patients less responsive to treatment with antidepressant than unipolar depressive patients? Results from a case control study. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 200-205
70. Martin A, Young Ch, Leckman JF, Mukonoweshuro Ch, Rosenheck R, Douglas L. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 773-780
71. Keck PE Jr, Nelson EB, McElroy SL. Advances in the pharmacologic treatment of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 671-679

72. Altshuler L, Kiriakos L, Calcagno J, Goodman BA, Gitlin M, Frye M, Mintz J. The impact of antidepressant discontinuation versus antidepressant continuation on 1-year risk for relapse of bipolar depression: a retrospective chart review. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 612-616
73. Altshuler L, Suppes T, Black D, Nolen WA, Keck PE Jr, Frye MA, McElroy S, Kupka R, Grunce H, Walden J, Leverich G, Denicoff K, Luckenbaugh, Post R. Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1253-1262
74. Montes JM, Asiel A, Lahera G, Sopolana P, Saiz-Ruiz J. The use of antidepressant in bipolar depression: a retrospective and naturalistic study. *European Neuropsychopharmacology* 2003; 13: S230-S231 (P.1.133)
75. Corya S, Keck P, Calabrese J, Andersen S, Gillig M, Baker R, Tohen M. Olanzapine / fluoxetine combination in the treatment of rapid-cycling bipolar depression. *European Neuropsychopharmacology* 2003; 13: S250 (P.1.177)
76. Amsterdam J. Efficacy and safety of venlafaxine in the treatment of bipolar II major depressive episode. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1998; 18: 414-417
77. Amsterdam JD, Brunswick DJ. Antidepressant monotherapy for bipolar type II major depression. *Bipolar Disord* 2003; 5: 388-395
78. Möller HJ. Is lithium still the gold standard in the treatment of bipolar disorders? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 113-114
79. Ernst CL, Goldberg JF. Antidepressant properties of anticonvulsant drugs for bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 182-192
80. Frye MA, Gitlin MJ, Altshuler LL. Unmet needs in bipolar depression. *Depression and Anxiety* 2004; 19: 199-208
81. Sachs G, Altshuler LL, Ketter T. Divalproex versus placebo for the treatment of bipolar disorder (abstract). 40th Annual Meeting of American College of Neuropsychopharmacology; 2001, december 9-13, Waikoloa, HI. Abstract number: 51
82. Ketter TA, Wang PW, Nowakowska N, Marsh WK. New medications treatment options for bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 (suppl 422): 18-33
83. Herman E. Lamotrigine: a depression mood stabilizer. *European Neuropsychopharmacology* 2004; 14: S89-S93
84. American Psychiatry Association. Practice guidelines for treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002; 159: (suppl.4): 1-50
85. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Asher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind, placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 79-88
86. McElroy SL, Zarate CA, Cookson J. A 52-week, open-label continuation study of lamotrigine in the treatment of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 204-210
87. Prien RF, Klett CJ, Caffey EM. Lithium carbonate and imipramine in prevention of affective episodes. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 420-425
88. Wehr y Goodwin. Rapid cycling in manic-depressives induced by tricyclic antidepressants. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 29: 555-559
89. Quitkin FM, Kane J, Rifkin A. Prophylactic lithium carbonate with and without imipramine for bipolar I patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 902-907
90. Kane JM, Quitkin FM, Rifkin A *et al.* Lithium carbonate and imipramine in the prophylaxis of unipolar and bipolar II episodes: a prospective, placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1065-1069
91. Prien RF, Kupfer DJ, Mansky PA, Small JG, Tuason VB, Voss CB, Johnson WE. Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders: report of the NIMH collaborative study group comparing lithium carbonate, imipramine, and a lithium carbonate-imipramine combination. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1096-104
92. Sachs GS, Lafer B, Stoll AL. A double-blind trial of bupropion versus desipramine for bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 391-393
93. Young LT, Joffe RT, Robb JC, MacQueen GM, Marriott M, Patelsiotis I. Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 124-127

REVISIÓN

LA SALUD DE LOS MÉDICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

(Rev GU 2005; 1; 3: 269-273)

Claudio Fullerton¹

La práctica de la medicina presenta características que pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de patología física y mental. Este trabajo revisa la información publicada en la literatura nacional y extranjera sobre la enfermedad mental en general, la depresión y el suicidio, algunas adicciones y la morbi-mortalidad por patologías médico-quirúrgicas en los médicos. Se realizó una búsqueda en Medline y en revistas médicas chilenas. Fueron incluidos 37 artículos internacionales y dos de Chile. En comparación con la población general los médicos presentarían: niveles de síntomas psicológicos más altos, frecuencias de depresión similares, mayor abuso de alcohol y las drogas de prescripción, pero no de drogas ilícitas. Las doctoras tendrían prevalencias de suicidio más altas. La morbilidad física como la mortalidad tendrían mejores indicadores. Esta revisión tiene diversas limitaciones siendo sus resultados sólo referenciales para nuestra realidad. La salud de los médicos presentaría ciertas áreas sensibles que podrían ser foco de atención. La literatura chilena sobre estos temas es casi inexistente. La salud de los médicos puede repercutir sobre la calidad de la atención entregada a los pacientes y sobre la importancia que los médicos dan a los factores de riesgo de las enfermedades.

La práctica de la medicina presenta características que pueden ser generadoras de tensión y desgaste emocional y físico. La necesidad de involucrarse emocionalmente con los pacientes, el trabajo en turnos y/o en jornadas extensas, el enfrentamiento con realidades dolorosas y con la muerte, etc., podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de patología física y mental.

El interés por estudiar la frecuencia de afecciones físicas y mentales en otros grupos ha incluido a auxiliares técnicos de enfermería, enfermeras, tecnólogos

médicos, etc., sin embargo los estudios realizados sobre la salud de los médicos son menos corrientes.

La percepción entre los médicos sobre la calidad de su salud sería variable e influida por múltiples factores. Algunos piensan que se trata de una profesión con alta frecuencia de cuadros como la depresión o el suicidio. Otros la perciben como una actividad que más bien protegería del desarrollo de enfermedades, dado el conocimiento sobre éstas o por un mejor acceso a la atención.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
E-mail: cfullert@med.uchile.cl

La relevancia del tema guarda relación con la calidad de vida de los médicos como con la repercusión directa sobre la calidad de la atención entregada a los pacientes, así como sobre la importancia que los médicos dan a los factores de riesgo de las enfermedades.

Esta revisión ha sido hecha durante el desarrollo de un estudio más amplio sobre la situación de los médicos, denominado el "Bienestar y satisfacción de los médicos en el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma" de los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica.

El objetivo de este trabajo es revisar la información publicada en la literatura nacional y extranjera sobre patología mental y física en los médicos. Dado lo extenso de los temas se optó por limitar la búsqueda a la enfermedad mental en general, la depresión y suicidio, algunas adicciones y la morbi-mortalidad por patologías médico-quirúrgicas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda electrónica en Medline, utilizando como palabras clave los siguientes términos: physician, doctor, médico, cruzándolas con los términos: suicidio, enfermedad mental, trastornos mentales, trastornos psiquiátricos, psicología, mortalidad, morbilidad, suicide, mental illness, mental disorder, depression, psychiatric disorder, psychology, mortality, morbidity. Además se completó una búsqueda manual en revistas médicas chilenas de artículos relacionados. Los artículos seleccionados fueron revisados buscando aquellos que eran revisiones de investigaciones previas, para evitar la redundancia de los datos.

RESULTADOS

Fueron incluidos 39 artículos, la mayoría de revistas internacionales y sólo dos de Chile. De éstos se recogió la información, en la mayoría de los casos, de los resúmenes, ya que no fue posible conseguir el artículo completo. Varios de los artículos más recientes correspondieron a revisiones que incluían publicaciones de varias décadas previas. Sólo algunos artículos fueron investigaciones originales desarrolladas durante la década pasada.

Se prefirió aquellos artículos que entregaban cifras comparadas con datos de población general u otros grupos, lo que permitía tener una mejor evaluación del significado de los hallazgos.

Tabla 1

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN MÉDICOS EN DISTINTOS ESTUDIOS REALIZADOS EN INGLATERRA, 1994-1997

<i>Estudio: autor e instrumento de detección utilizado</i>	<i>Prevalencia de síntomas psicológicos</i>
Caplan 1994 (GHQ)	47%
Ramírez <i>et al.</i> 1996 (GHQ-12, n=882)	27%
Baldwin <i>et al.</i> 1997 (GHQ-28)	30%
Wall <i>et al.</i> 1997 (11.000 funcionarios de salud)	26,8%

Salud mental

Patología mental en general

La prevalencia de los trastornos mentales en general en los médicos es desconocida. Probablemente enfermedades graves, como la esquizofrenia, estén poco representadas debido a las exigencias para estudiar y luego ejercer, además de debutar éstas en edades previas al inicio de los estudios profesionales. No sucedería necesariamente lo mismo con los trastornos del ánimo y los trastornos ansiosos.

En la Tabla 1 se resumen los hallazgos de diferentes investigaciones sobre la presencia de síntomas psicológicos en encuestas hechas en Gran Bretaña. Estos cuadros menos graves tendrían una mayor prevalencia entre los médicos que en la población general. Las prevalencias se encontraron entre 26,8% y 47% en diferentes grupos de médicos, medidos con distintas versiones del Cuestionario de Salud General de Goldberg (diseñado para detectar presencia de síntomas psicológicos) (1-4). Las doctoras presentaron más sintomatología, y más del 50% presentó una enfermedad psiquiátrica durante su vida (1,5).

Depresión

La depresión sería tan frecuente entre los médicos como en la población general en EE.UU.: prevalencias de 12,8% vs. 12% respectivamente. Y en el caso de las mujeres médicas, la prevalencia de vida sería similar a la de otras profesionales (6). Su presentación sería a una edad algo más tardía en los médicos (7). En Noruega, sin embargo, se ha encontrado que los médicos recibidos en su primer año tienen un mayor riesgo de presentar depresión (8). En ese momento no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres. Posteriormente la

frecuencia aumenta en las mujeres, llegando a ser mayor que la de la población general (9).

Al comparar médicos de distintas especialidades, los psiquiatras reportaron mayor frecuencia de depresión severa (10, 11).

Suicidio

No se sabe bien la realidad sobre el suicidio entre los médicos. Los estudios que han detectado niveles de suicidio mayores que para la población general han sido recientemente analizados en un metaanálisis que incluyó trabajos desde 1960. Las cifras encontradas dan cuenta de un riesgo algo superior de suicidios entre médicos hombres en comparación con la población general: 1,41 (95% IC 1,21-1,65), mientras que para las mujeres fue de 2,27 (95% IC 1,90-2,73). Si se compara con otros profesionales los riesgos son 1,5 a 3,8 para médicos hombres y 3,7 a 4,5 para médicos mujeres (12-16). Con menos frecuencia no se han encontrado diferencias significativas entre las tasas de suicidio de médicos y el resto de la población (17).

En Chile el suicidio sería una causa importante de muerte entre los médicos, con una tasa para el periodo entre 1971 y 1976 de 37,1 por 100.000, mayor que la de la población general mayor de 25 años y menor que la reportada para el mismo periodo entre los médicos de EE.UU. (18).

Lo que es una constante es la tendencia a existir más suicidio entre las mujeres médicas que entre mujeres de la población general, presentando una frecuencia de suicidio similar a los médicos hombres (12, 19-23) o incluso algo mayor (24).

Psiquiatras, cirujanos generales, anestesiastas, médicos comunitarios y médicos generales tendrían un mayor riesgo de suicidio al compararlos con médicos de Hospitales Generales (24). Los de menor riesgo serían los pediatras (21, 25). Otros investigadores no han encontrado diferencias entre las distintas especialidades. Un estudio sobre suicidio de la Asociación Médica Americana encontró que los factores de riesgo corresponden en general a los descritos para la población general. Factores de personalidad como ser muy críticos de sí mismos y de los demás, con tendencia a culparse, ser autodestructivos, competitivos, compulsivos, individualistas, ambiciosos y que a menudo han estudiado en una Escuela de Medicina prestigiosa jugarían un papel importante. No se han encontrado factores de riesgo específicos de la profesión, aunque se ha mencionado el tener experiencias frustrantes al tratar pacientes difíciles o que suponen una carga emocional excesiva, al menos en los dos años previos al suicidio (13, 17, 26).

Consumo de alcohol y otras sustancias

El consumo excesivo y la dependencia de alcohol ha sido encontrada con niveles similares a la población general (27) o algo mayor (28-30). Las mujeres médicas han reportado menos abstinencia, aunque menor consumo de alcohol por episodio que otras mujeres (27, 31). El consumo de drogas de prescripción, como benzodiazepinas y opiáceos, sin dependencia, resultó más alto. El consumo de drogas ilícitas sería menor que el encontrado en el grupo equivalente de la población general (29, 30). Los médicos de urgencia y los psiquiatras tendieron a un mayor consumo de sustancias. Los médicos de urgencia usaban más drogas ilícitas (marihuana y cocaína), mientras los psiquiatras utilizaban más benzodiazepinas. Los anestesiastas presentaron mayor consumo sólo de opiáceos. Los pediatras en general tenían bajos niveles de consumo de todas las sustancias. El autorreporte de dependencia de estas sustancias resultó con los mayores niveles entre los médicos de urgencia y los psiquiatras, y más bajo entre los cirujanos (31, 32).

La asociación de abuso de drogas con depresión y suicidio sería alta. De los suicidios de médicos, el 40% estaría asociado con consumo de alcohol y el 20% con uso de drogas (13).

Morbilidad física y mortalidad

Los médicos hombres presentarían una frecuencia de enfermedades crónicas igual o algo superior a población general, mientras que las mujeres médicas tendrían un nivel de salud física mejor que las de la población general (9, 33).

En EE.UU., Inglaterra, Gales y Finlandia la mortalidad de los médicos presenta cifras similares o menores a la de la población general de la misma edad y sexo (34-36). Esta menor mortalidad fue más clara para las enfermedades cardiovasculares, cáncer pulmonar y otras enfermedades relacionadas con el fumar y la diabetes (35).

Las tasas de mortalidad de los médicos en Chile fueron de 6,4 por mil de los médicos vs. 15 por mil de la población general mayor de 25 años en el periodo de los años 1952 a 1960 y de 4,7 por mil vs. 11,7 por mil respectivamente en el periodo 1960 a 1976. Al considerar a médicos y población de Santiago las tasas se redujeron en ambos grupos, pero mantuvieron su diferencia: 2,7 por mil vs. 10,9 por mil. Los médicos presentaron una expectativa de vida superior, comparable a la de los médicos estadounidenses. Se planteó como explicación para estas diferencias una serie de factores a favor de

los médicos como mejor situación socioeconómica, mayores facilidades para el diagnóstico y tratamiento, etc. Las tres causas principales de los fallecimientos fueron: enfermedades cardiovasculares, neoplasias y accidentes y muertes violentas, las mismas observadas entre los médicos de EE.UU. en ese periodo. De las enfermedades cardiovasculares, el 55% correspondió a infartos al miocardio y el 22,9% a accidentes cerebrovasculares. El infarto al miocardio se daba con mayor frecuencia y a edades menores en los médicos (18, 37).

DISCUSIÓN

Esta revisión tiene diversas limitaciones, por lo que sus resultados pueden considerarse sólo referenciales para nuestra realidad. La mayoría de los estudios encontrados provienen de países anglosajones o nórdicos, sociedades con diferencias culturales y de la práctica profesional. Además no se han incluido otros aspectos de la salud, como el consumo de tabaco, el estrés post-traumático o el autocuidado.

La literatura sobre la salud de los médicos difiere mucho en sus características: hay reportes con un número reducido de casos; no comparan las cifras con las de la población general o equivalente (como otros grupos profesionales); se utilizan definiciones de trastornos mentales que han variado en el tiempo (ej.: depresión), etc.

Aunque en la mayoría de los trabajos más actuales se reporta un porcentaje adecuado de respuesta (60% a 80%) los temas encuestados son difíciles de reconocer, siendo posible que exista una tendencia a no entregar información fidedigna sobre depresión o abuso de sustancias, por ejemplo.

Según lo encontrado, la salud de los médicos presentaría ciertas áreas sensibles que podrían ser foco de atención. Los niveles de síntomas psicológicos indicarían que los médicos están más expuestos a presentar patología mental, aunque los cuadros depresivos no parecerían ser más frecuentes que en la población general o equivalente. Es posible que exista sintomatología que no alcanza a configurar un diagnóstico. A esto podría relacionarse el mayor abuso de alcohol y las drogas de prescripción, y no de drogas ilícitas, en un intento por controlar la sintomatología psicológica. Aunque los datos no son concluyentes, resultan muy preocupantes las altas cifras obtenidas de suicidio en las mujeres médicas. Se han dado explicaciones como que están sometidas a gran presión por su doble rol de profesionales y madres, algo común a otras mujeres sin estas consecuencias. Algunos estudios en estudiantes

de medicina han descubierto la asociación entre ciertas características de personalidad y el posterior suicidio durante la vida profesional. Esto ha planteado la necesidad de realizar actividades de tipo preventivo a nivel de la escuela de medicina, por ejemplo enseñando formas de manejar el estrés (38).

Por último tanto la morbilidad física como la mortalidad tienen mejores indicadores que la población general. Incluso en países desarrollados la expectativa de vida de los médicos se ha encontrado algo mejor que para la población general.

Se requiere replicar estas investigaciones en nuestro país ya que las publicaciones chilenas son pocas, datan de 40 y 30 años y no cubren todos los aspectos mencionados.

La preocupación de los médicos por su salud se ve enfrentada a resistencias como la omnipotencia y la negación de la propia fragilidad. Sin embargo, la salud puede ser un factor que se relaciona con la calidad de la atención entregada o la probabilidad de descubrir factores de riesgo en los pacientes. Además en las últimas dos décadas los cambios en la práctica de la medicina han añadido una cuota de exigencia e insatisfacción, pudiendo contribuir a un deterioro de la calidad de la salud (39-43).

REFERENCIAS

1. Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, Haynes CE, Rick JE, Shapiro DA, West MA. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psychiatry* 1997;171:519-23
2. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347(9003):724-8
3. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers *BMJ* 1994;309:1261-3
4. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors health-II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997;45(1):41-4
5. North CS, Ryall JE. Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard? *Postgrad Med* 1997;101(5):233-6, 239-40, 242
6. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999;156(12):1887-94
7. Center C, Davis M, Detre T, Ford D, Hansbrough W, Hendin H, Lazslo J, Litts D, Mann J, Mansky P, Michels R, Miles S, Proujansky R, Reynolds C, Silverman M. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA* 2003;289:3161-6
8. Tysen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10(3):154-65
9. Tysen R. Health problems and use health services among physicians. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121(30):3527-32
10. Welner A, Marten S, Wochnick E, Davis MA, Fishman R, Clayton PJ. Psychiatric disorders among professional women. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36(2):169-73

11. Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrist. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42(2): 112-23
12. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 274-9
13. Miller M, McGowen R. The painful truth: Physicians are not invincible. *Southern Medical Journal* 2000; 93(10): 966-73
14. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *Q J Med* 2000; 93: 351-7
15. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52(2): 259-65
16. Schernhammer E, Colditz G. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2295-302
17. Revicki DA, May HJ. Physician suicide in North California. *South Med J* 1985; 78(10): 1205-7
18. France O, Ugarte JM. Causas de muerte de médicos en Santiago de Chile: análisis de 301 casos. *Rev Med Chile* 1977; 105(11): 792-801
19. Carlson GA, Miller DC. Suicide, affective disorder, and women physician. *Am J Psychiatry* 1981; 138(10): 1330-5
20. Pitts FN Jr, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among U.S. women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry* 1979; 136(5): 694-6
21. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malaker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75(2): 139-43
22. Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues? *Psychol Med* 1997; 27(5): 1219-22
23. Lindeman S, Laara E, Lonnqvist J. Medical Surveillance often precedes suicide among female physicians in Finland. A case-control study. *J Occup Environ Med* 1997; 39(11): 1115-7
24. Hawton K, Clements A, Sakarovich C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 296-300
25. Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrist: a study of medical specialist among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-1972. *J Clin Psychiatry* 1980; 41(8): 261-3
26. Council of Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA physicians mortality project. Stage II. *JAMA* 1987; 257(21): 2949-53
27. Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 259-62
28. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Äärimala M, Strid L, Kauttu K. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ* 1988; 297: 951-4
29. Hughes PH, Conard SE, Baldwin Jr DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States. *JAMA* 1991; 265(16): 2069-73
30. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV. Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA* 1992; 267(17): 2333-9
31. Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. Resident physician substance use, by specialty. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1348-54
32. Hughes PH, Storr CL, Brandenburg NA, Baldwin Jr DC, Anthony JC, Sheehan DV. Physician substance use by medical specialty. *J Addict Dis* 1999; 18(2): 23-37
33. Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimala M, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, Mäkelä P, Myllymäki K, Seuri M, Husman K. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1079-85
34. Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ, Jones RL. Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med* 1995; 70(3): 242-4
35. Carpenter LM, Swerlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occupational and Environmental Medicine* 1997; 54: 388-95
36. Rimpela AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpela MK, Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet* 1987; 1(8524): 84-6
37. Armijo R, Monreal T. Causas de mortalidad en médicos chilenos. *Rev Med Chile* 1962; 90: 347-52
38. Tysen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64(1): 69-79
39. Hartwig B, Nichols A. General practitioner health and well-being. *West J Med* 2001; 174: 25
40. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004; 350(1): 69-75
41. Jiménez JP. Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 635-6
42. Jiménez J. Cambios en el entorno del trabajo médico. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 637-42
43. Horwitz N. El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 768-72

DEBATE

CONSIDERACIONES EN TORNO AL ESPECTRO BIPOLAR

(Rev GU 2005; 1; 3: 274-278)

Alberto Botto¹

Se ha estimado la prevalencia de la Enfermedad Bipolar (EB) en alrededor del 0,8% de la población adulta, con un rango entre 0,4% y 1,6%, siendo consistente a través de diversas culturas y grupos étnicos (3). Sin embargo, mientras para algunos corresponde a un cuadro sobredimensionado, para otros la evidencia apuntaría a lo contrario. De esta manera, ciertos investigadores han propuesto que los criterios diagnósticos utilizados actualmente para la EB serían muy restrictivos y no darían cuenta de la totalidad de aspectos que caracterizan la enfermedad en términos de frecuencia, diversidad sintomatológica, subtipos, comorbilidad, etc. Lo anterior, asociado a la cada día mayor disponibilidad de fármacos antidepresivos (con diversos mecanismos de acción) podría explicar la elevada frecuencia relativa del diagnóstico de cuadros depresivos unipolares (16).

La actual clasificación del DSM-IV (2) considera, dentro de los Trastornos del Ánimo, los Trastornos Depresivos (Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo no Especificado y Trastorno Distímico) y los Trastornos Bipolares (Trastorno Bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, Trastorno Ciclotímico y Trastorno Bipolar No Especificado). Según estos criterios los cuadros unipolares corresponderían a fenómenos completamente distintos de los bipolares, descartando la posibilidad de que se presenten formas intermedias o transicionales.

En 1896 Emil Kraepelin establece la distinción entre dos cuadros: la Demencia Precoz (posteriormente

denominada por Bleuler *Esquizofrenia*) y la Psicosis Maníaco-depresiva (actualmente conocida como EB). Según este autor, más allá de la clásica alternancia entre Manía y Depresión (es decir, la Enfermedad Bipolar de tipo I), la EB incluiría un amplio rango de manifestaciones, abarcando diversos patrones anímicos e incorporando el aspecto de la personalidad ("temperamento") y sus relaciones con la psicopatología. Estas observaciones serían la base para el desarrollo de lo que hoy en día se conoce como "Espectro Bipolar" (1, 6, 10).

La distinción original entre EB-I y EB-II fue propuesta por Dunner en 1976. Desde entonces sus cri-

¹ Departamento Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile.

terios han sido constantemente revisados y criticados. Por ejemplo, en el caso de la EB-II, la hipomanía suele ser muy difícil de detectar, dependiendo de factores como la capacidad de recuerdo en el paciente y las habilidades del entrevistador. En cuanto a la duración del episodio, el DSM-IV considera como mínimo 4 días de evolución para catalogarlo como hipomaniaco; sin embargo, la experiencia de la mayoría de los clínicos coincide en que muchos pacientes bipolares con frecuencia presentan episodios hipomaniacos más breves que pudieran pasar inadvertidos. Finalmente, la hipomanía es el único diagnóstico mayor del DSM-IV donde no se requiere la presencia de disfunción sociolaboral; por el contrario, para su diagnóstico dicho criterio debe estar ausente. Así, desde este punto de vista, la hipomanía se diferenciaría de la manía fundamentalmente por el nivel de funcionamiento más que por los síntomas. Por lo tanto, es esperable que para muchos el diagnóstico de hipomanía pase desapercibido, mientras que otros diagnostiquen erróneamente una manía como hipomanía (1, 9, 16).

Algunos autores han denominado al conjunto de manifestaciones menos precisadas del espectro bipolar leve como Enfermedad Bipolar "soft" (15,16); incluso han propuesto la denominación diagnóstica más general de "Trastornos del Espectro Bipolar". Datos provenientes de la investigación clínica, genética y epidemiológica indicarían una mayor prevalencia de estos cuadros en comparación con la clásica EB de tipo I. Además, aunque dichas manifestaciones serían más leves en el polo de la exaltación anímica, no lo serían igualmente en el polo de la depresión, asociándose a una importante morbilidad, riesgo suicida, inestabilidad en las relaciones interpersonales y biografías accidentadas, con un alto índice de divorcio y conflictos laborales.

Como vimos, la idea de la existencia de una amplia gama de manifestaciones para un mismo cuadro no es nueva en la psiquiatría. Es así como se ha postulado la teoría de la *Psicosis Única* en un intento de fundamentar gran parte de los cuadros endógenos (6). Siguiendo este concepto, ciertos autores han hablado del Espectro Afectivo cuya presentación clínica abarcaría desde la Distimia (destacando el aspecto más caracterológico del polo depresivo) hasta la EB de tipo I, pasando en orden secuencial por la Depresión Mayor Unipolar, la Depresión Crónica, la Depresión Atípica, la Depresión Psicótica, la Depresión Recurrente, los cuadros del espectro bipolar y la EB de tipo II (9).

Estas ideas han hecho que se ponga en duda la clásica distinción entre cuadros unipolares y bipolares, proponiéndose una teoría unitaria de las enfermedades del ánimo. Los fundamentos que sostienen este debate

se han basado en estudios clínicos (evidencia de elevada frecuencia de errores diagnósticos en cuadros pseudounipolares); teóricos (limitaciones de los sistemas clasificatorios categoriales versus los dimensionales); epidemiológicos (presencia de una amplia gama de manifestaciones anímicas); genéticos (mayor agregación familiar para cuadros bipolares y depresión unipolar severa). Un ejemplo de esta hipótesis es el caso de la depresión recurrente y su relación con EB. En un estudio reciente (7) se examinó a pacientes con diagnóstico de depresión unipolar recurrente a quienes se les aplicó una entrevista estructurada para el espectro del ánimo y se comparó con el reporte de un grupo de pacientes bipolares de tipo I. Los autores observaron que los pacientes con el diagnóstico de depresión recurrente unipolar habían experimentado un alto porcentaje de síntomas hipomaniacos/maniacos durante su vida. En ambos grupos el número de ítem de hipomanía/manía tuvo una correlación positiva con el número de ítems de depresión. Por lo tanto, la presencia de un mayor porcentaje de indicadores de hipomanía/manía en pacientes con depresión recurrente unipolar avalaría la hipótesis de una continuidad en las manifestaciones anímicas, dando una nueva visión a la dicotomía unipolar/bipolar. En el mismo estudio se observó que la presencia de síntomas como ideación paranoide, alucinaciones auditivas y el antecedente de intentos de suicidio fueron significativamente más frecuentes en pacientes bipolares.

Otros autores (18) han encontrado que pacientes con el diagnóstico de depresión mayor unipolar asociada a síntomas mixtos tendrían una mayor similitud de variables clínicas con pacientes depresivos bipolares que con unipolares. De estas variables, dos serían las más sugerentes de bipolaridad: la edad de inicio precoz y la historia familiar de EB.

Usando un concepto amplio de "Espectro Bipolar", la prevalencia a 6 meses de estos cuadros pudiera fluctuar entre un 2,6% hasta un 7,8%, con una media de 3,4% (8,10). Este dato no sólo tiene una importancia académica, ya que un adecuado diagnóstico implica establecer un pronóstico y un tratamiento específico. Sin embargo, dado que por motivos metodológicos la mayoría de los trabajos de investigación en estos cuadros se han efectuado utilizando criterios más objetivos (como ocurre para la EB-I) y, por lo mismo, más restrictivos, aún no hay consenso sobre la definición de la bipolaridad leve o "soft".

Lo anterior se complica cuando se asocia la comorbilidad, un hecho frecuente en la EB. Así, el Déficit Atencional, los Trastornos de Personalidad, el uso de drogas y otros cuadros psicóticos pudieran superponerse o confundirse con la bipolaridad (17).

La distinción entre cuadros del Eje I y Eje II en ocasiones suele ser dificultosa. Así, algunos autores han encontrado que hasta un 43,75% de pacientes con un trastorno de personalidad límite cumple con criterios para algún cuadro del espectro bipolar. Siguiendo esta línea, incluso se ha argumentado que la personalidad límite podría corresponder a un subtipo de EB de ciclos rápidos o ultrarrápidos (19).

La importancia de conocer los cuadros del Espectro Bipolar reside en que en la mayoría de los casos (60%) la enfermedad debuta como un Episodio Depresivo (el cual muchas veces es considerado erróneamente como unipolar) siendo tratado inmediatamente con antidepresivos. Es sabido que el uso de estos fármacos en la EB se asocia a una mayor frecuencia de viraje (*switch*), ciclos rápidos, episodios mixtos (especialmente en EB-I), inducción de estados disfóricos crónicos o síntomas residuales subsindromáticos persistentes y, por lo tanto, a un curso clínico más complicado y a un peor pronóstico (8, 12, 13).

Siguiendo con el motivo de consulta, los pacientes bipolares rara vez consultan por hipomanía, la que habitualmente se pesquisa en la historia clínica. Dadas sus características, los episodios maníacos (especialmente los más graves) suelen llamar la atención inicialmente a los familiares o a las autoridades judiciales y/o policiales, requiriendo en la mayoría de los casos una hospitalización inmediata (10).

Desafortunadamente no es inusual que un episodio depresivo sea catalogado inmediatamente como Depresión Mayor, sin pensar en la posibilidad de que pudiera tratarse de la fase depresiva de la EB. Si a esto se suma un bajo índice de sospecha frente a manifestaciones de bipolaridad, el resultado es un considerable retraso en el diagnóstico y, por lo tanto, en la implementación de un plan de tratamiento adecuado.

En consideración a estas observaciones se han propuesto diversas clasificaciones para las manifestaciones de bipolaridad. Más allá del DSM-IV, tal vez la con mayor difusión sea la de Akiskal y Pinto, quienes plantean la existencia de siete subtipos (1):

- Bipolar I: Depresión con Manía
- Bipolar I ½: Depresión con hipomanía prolongada
- Bipolar II: Depresión con Hipomanía
- Bipolar II ½: Depresión con Ciclotimia
- Bipolar III: Hipomanía asociada al uso de antidepresivos
- Bipolar III ½: Bipolaridad asociada al abuso de estimulantes
- Bipolar IV: Depresión con Hipertimia

Finalmente se ha propuesto un subtipo Bipolar 1/2: Esquizobipolar.

Según esta clasificación, un aspecto clave sería la presencia de Depresión. Basados en dicho fenómeno, Ghaemi *et al.* han desarrollado una sistematización de los cuadros bipolares en tres categorías. Las dos primeras corresponderían a los dos tipos clásicos, es decir, la EB I y la EB II, mientras que la tercera categoría, a la que denominan "Trastornos del Espectro Bipolar" agruparía al resto de las manifestaciones. Para los autores esta última estaría definida por la presencia de Episodios Depresivos asociados con algún signo de bipolaridad (incluso en ausencia de hipomanía o manía espontáneas). Algunos de estos signos o factores predictores serían (9):

1. Historia Familiar de EB.
2. Inicio precoz (en infancia y adolescencia).
3. Inicio en el periodo Postparto.
4. Síntomas Psicóticos.
5. Temperamento Hipertímico.
6. Síntomas de atipicidad:
 - a. Síntomas neurovegetativos "reversos": hipersomnia, hiperfagia, aumento de peso, empeoramiento del ánimo vespertino.
 - b. Reactividad anímica marcada en respuesta a estímulos psicosociales.
 - c. Retardo psicomotor o letargia severos.
 - d. Comorbilidad con cuadros ansiosos, fóbicos o presencia de un perfil histriónico marcado.
7. Manía o hipomanía inducidas por antidepresivos.
8. Historia de refractariedad o escasa respuesta al tratamiento antidepresivo en un paciente con aparente depresión unipolar.
9. Historia de Depresión Recurrente (> 3 episodios).
10. Depresión Breve Recurrente.

De estos criterios, los con mayor poder predictivo serían la historia familiar de bipolaridad y el viraje con antidepresivos.

Otro tema importante se relaciona con la presencia de síntomas subsindromales en EB. Se entiende por síntomas subsindromales a aquellas manifestaciones de una enfermedad que no alcanzan a cumplir en su totalidad los criterios diagnósticos que la definen. Su importancia radica en que, de no ser pesquisados y/o tratados, pueden ser causa de molestias físicas y psicológicas persistentes, deterioro en las relaciones interpersonales, disfunción sociolaboral y un aumento del

riesgo de recaídas. Se ha visto que en la EB estos síntomas son especialmente frecuentes, habiéndose reportado prevalencias de más del 50% (54% para depresión y 68% para manía). Siguiendo con lo anterior, para algunos autores la existencia de síntomas subsindromales sería un argumento más en la conceptualización del espectro bipolar (14).

Para muchos clínicos los antidepresivos están sobrerindicados, especialmente en quienes cumplen con criterios de bipolaridad "soft". Debido a lo anterior se recomienda restringir al máximo el uso de antidepresivos en la EB. De ser necesarios, suelen preferirse el bupropión y los ISRS (en especial la paroxetina) y siempre deberán indicarse junto a un estabilizador del ánimo y por el menor tiempo posible (idealmente sólo mientras dure el episodio depresivo), reservándose su uso prolongado (sea en forma de continuación o mantención) cuando se demuestre que su suspensión se asocia a recaídas frecuentes o a un empeoramiento clínico significativo (3, 8, 11).

Sin embargo, el cuidado en el uso de este tipo de fármacos debiera abarcar también su suspensión ya que recientemente se ha descrito la aparición de hipomanía/manía secundarias a la discontinuación, suspensión súbita o incluso a la disminución de la dosis de antidepresivos, particularmente tricíclicos, ISRS, mirtazapina y venlafaxina. En quienes se ha visto este fenómeno con mayor frecuencia es en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, EB y trastorno obsesivo-compulsivo (4).

En relación al tratamiento de la EB, el consenso indica que los estabilizadores del ánimo serían los fármacos de elección en todas las fases de la enfermedad (3,11). Sin embargo, ha sido difícil definir con claridad las características que debiera poseer un fármaco para ser considerado un estabilizador del ánimo. Basado en las necesidades y objetivos del manejo de la EB, hoy en día se considera un estabilizador del ánimo a toda molécula que sea útil en el tratamiento de los episodios agudos de la EB (sea maníacos o depresivos) y en la prevención a largo plazo (de episodios maníacos y depresivos). Algunos agregan a la definición que además no provoque viraje ni ciclos rápidos. Al parecer el único fármaco que cumpliría con estos criterios sería el carbonato de litio (5).

En resumen, investigaciones recientes avalarían la hipótesis de la existencia de una continuidad en las manifestaciones de los cuadros afectivos, los que pudieran ser mejor entendidos desde una perspectiva unitaria y longitudinal. De esta forma, se ha sugerido que no existiría una distinción categórica entre cua-

dos bipolares y unipolares; por el contrario, se piensa que las fluctuaciones anímicas (en distinto grado) serían fenómenos compartidos por ambas entidades. Esta visión facilitaría la comprensión de cuadros como la depresión breve recurrente, el espectro bipolar "soft" o la ciclotimia (7).

Las implicancias de esta aproximación no son sólo teóricas, ya que la sola presencia de manifestaciones esporádicas sugerentes de hipomanía/manía en pacientes con cuadros pseudounipolares establecerían un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento específicos.

En la actualidad es común que con la introducción de un nuevo fármaco se incremente el interés por la enfermedad (o la dimensión sintomática) sobre la que éste actúa, aumentando la frecuencia con que dicho diagnóstico se plantea. Baldessarini ha descrito este proceso como la "visión farmacocéntrica del mundo". Siguiendo esta idea, algunos han propuesto que en la actualidad estaríamos asistiendo a una "visión anti-depresiva del mundo" (9) la que, como vimos, no está exenta de riesgos.

A modo de conclusión, dado que los pacientes con EB suelen consultar por síntomas depresivos más que hipomaniacos o maníacos, y siendo la depresión un elemento común a todas las manifestaciones de bipolaridad, frente a todo cuadro depresivo debiera considerarse y descartarse dirigidamente la posibilidad de un Trastorno del Espectro Bipolar.

REFERENCIAS

1. Akiskal A, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin N Am* 1999;22:517-534
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association 1994
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revisión). *Am J Psychiatry* 2002;159:4(suppl):1-49
4. Andrade Ch. Antidepressant-withdrawal mania: a critical review and synthesis of the literature. *J Clin Psychiatry* 2004;65:987-993
5. Bauer M, Mitchner L. What is a 'mood stabilizer'? An evidence-based response. *Am J Psychiatry* 2004;161:3-18
6. Berríos G, Porter R. *A history of clinical psychiatry*. London: The Athlone Press, 1995
7. Cassano G, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear K et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry* 2004;161:1264-1269
8. El-Mallakh, Karipott A. Use of antidepressants to treat depression in bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2002;53:580-584
9. Ghaemi N, Ko J, Goodwin F. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract* 2001;7:287-297
10. Hirschfeld R. Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 14):5-9

11. Keck P, Perlis R, Otto M, Carpenter D, Ross R, Docherty J. The expert consensus guideline series: treatment of bipolar disorder 2004. *Postgrad Med Special Report* 2004; 1-116
12. Kilzieh N, Akiskal H. Rapid-cycling bipolar disorder: an overview of research and clinical experience. *Psychiatr Clin N Am* 1999;22:585-607
13. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. The prognostic significance of 'switching' in patients with bipolar disorder: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002;159:1711-1717
14. Marangell L. The importance of subsyndromal symptoms in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(suppl 10):24-27
15. Perugi G, Akiskal A. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin N Am* 2002;25:713-737
16. Pies R. The 'softer' end of the bipolar spectrum. *J Psychiatr Pract* 2002;8:189-195
17. Rush J. Toward an understanding of bipolar disorder and its origin. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl 6):4-8
18. Sato T, Bottlender R, Schröter, Möller H. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:268-274
19. Trull T, Stepp S, Durrett C. Research on borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:77-82

DEBATE

MÁS ALLÁ DE LA MECÁNICA Y LA HIDRÁULICA SEXUAL: HUMANIZANDO EL DISCURSO ALREDEDOR DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL¹

(Rev GU 2005; 1; 3: 279-290)

Peggy J. Kleinplatz²

El foco de este artículo es el modelo biomecánico de la sexualidad y la manera en que deshumaniza al hombre con dificultad eréctil. Describiremos los problemas asociados a este modelo. Enfatizamos el modo en que nuestros clientes, sus parejas y nuestra sociedad están aplastados por el tratamiento predominante. Se presenta una aproximación experiencial alternativa, la que está relativamente libre de los problemas del modelo convencional y que tiene muchas ventajas. La psicoterapia experiencial implica un mayor, más amplio y más profundo conjunto de metas, métodos y desenlaces. Tres viñetas clínicas son usadas para ilustrar una alternativa experiencial respecto del paradigma prevaleciente en el campo de la terapia sexual.

Deseo describir una imagen que representa el modelo comúnmente aceptado del funcionamiento sexual masculino. Proviene de una película, dirigida por Lina Wertmuller hace veinticinco años, titulada *The Seven Beauties*. El film se refiere a un italiano comunista prisionero en un campo de concentración nazi. Cada vez más emaciado, el prisionero se da cuenta que su

cuerpo no soportará mucho más las privaciones. La comandante del campo, una mujer de gran fealdad, abultada por la obesidad y de proporciones gigantescas, le dice burlonamente que si consigue tener una erección y hacer el amor con ella le permitirá vivir, pero, en caso contrario, morirá de manera inmediata y horrible. El prisionero escala sobre ella y se las arregla para tener la

¹ Originalmente publicado en el *Journal of Humanistic Psychology*, Vol 44 N° 2, Spring 2004: 215-242. Traducción desde el inglés a cargo de Fabiola Leiva L., realizada con la autorización de la autora y de Anna Clifford, Permissions Administrator of Sage Publications.

² Peggy J. Kleinplatz, PH. D., es psicóloga clínica certificada en terapia y educación sexual. Desde 1983 ha enseñado sexualidad humana en la Escuela de Psicología, University of Ottawa. También enseña terapia sexual en el Instituto de Estudios Pastorales en Saint Paul University's Institute of Pastoral Studies. Su trabajo se focaliza en erotismo y transformación. Ella es editora de *New Directions in Sex Therapy: Innovations and Alternatives*, libro que intenta combatir la creciente medicalización de la sexualidad humana.

requerida erección, mediante el estar emocionalmente ausente, concentrado en una fantasía sexual con una bella y fulgurante núbil mujer. Esta maniobra tiene éxito. Sobrevive, pero, como el film sugiere, hay un precio que pagar por tan espectacular desempeño. El costo es la deshumanización.

Cada vez que compramos la idea de que todo lo que opere produciendo un funcionamiento sexual robusto es bueno, se paga ese costo. Llamaré a este modo de pensar acerca de la sexualidad la “mentalidad Viagra”. Es tiempo de desafiar esta mentalidad –promocionada por la industria farmacéutica– con un discurso humanista alternativo, y una aproximación experiencial a la terapia, que enfatiza los cambios generados desde dentro y que optimiza la erótica y otros potenciales por sobre apuntalar un pene flácido.

Cuando apareció el Viagra los medios noticiosos estaban llenos de imágenes de géiseres haciendo erupción y de mangueras endureciéndose mientras se llenaban de agua para descargar. El Dr. Irwin Goldstein –el urólogo que introdujo el Viagra– era entrevistado frecuentemente proclamando que las erecciones eran un asunto hidráulico (e.g., Burns y Braun, 1998; Leland, 1997).

Él tenía razón. ¿Quién puede discutir este razonamiento? Vistas desde una perspectiva biomecánica, las erecciones son el producto de un rápido llene de sangre de los cuerpos cavernosos, más rápido que lo que el drenaje de las venas del pene permiten evacuar. El citrato de sildenafil, que es el principio activo del Viagra de Pfizer, y sus nuevos competidores, el tadalafil de Lilly (Cialis) y el verdenafil de Bayer (Levitra), ayudan a este proceso facilitando la distensión de las arterias del pene. ¿Hay algún problema con eso? No. El citrato de sildenafil y similares proporcionan una efectiva y relativamente segura alternativa para aumentar la vasocongestión peneana (Goldstein *et al.*, 1998). Es sin duda una valiosa opción para los clínicos y sus pacientes que desean asegurar una predecible y confiable erección. El problema es la idea de que esta visión, centrada en la mecánica y la hidráulica, representa la única manera de obtener tales erecciones. Las compañías farmacéuticas han llegado a dominar rápidamente el discurso de los problemas sexuales masculinos y sus soluciones. Es desconcertante que el modelo biofísico haya llegado a ser hegemónico y a dominar nuestras concepciones de la sexualidad en general y de la disfunción eréctil en particular. En la medida en que este discurso monopolice de forma progresiva nuestra comprensión de la sexualidad humana (Winston, 2000), los aspectos subjetivos, interpersonales y sociales de la experiencia sexual serán dejados a la sombra, corriendo el riesgo de reduccionis-

mo y objetivización. Si escuchamos con frecuencia sus *slogans*, resulta cada vez más difícil recordar que ellos representan sólo una visión –o tal vez sólo una lucrativa perspectiva– de lo que constituye la experiencia sexual. Por ejemplo, es un lugar común oír que el 80% de las disfunciones eréctiles son orgánicas, mientras que sólo el 20% son psicógenas. Si consideramos el trasfondo conceptual que encierra esta, en apariencia, inocente afirmación es difícil proponer un punto de partida por el cual empezar su desconstrucción. Primero, presupone que una dificultad en la erección es necesariamente problemática. Segundo, se asume que la mencionada disfunción es orgánica o psicógena. Tercero, queda implícito que los “penes flácidos” requieren tratamiento y que necesitan ser “reparados”.

¿Es nuevo este modelo? La verdad es que no. Hace treinta años Masters y Johnson (1970) proclamaban que el 90% de las disfunciones eréctiles eran psicógenas y sólo el 10% orgánicas, las que en su mayoría eran iatrogénicas (por ejemplo, causadas por efectos secundarios a drogas prescritas para la depresión o la hipertensión arterial). Aunque ha habido un giro en la comprensión de las causas psicológicas *versus* las causas orgánicas en la disfunción eréctil, la concepción subyacente era y es más bien dualista que holista. Las alternativas señaladas sólo se refieren a la proporción de un tipo de causa respecto de la otra.

En la mentalidad Viagra, el origen de la disfunción no es sopesada de manera acuciosa, pues, en último término, se considera irrelevante para el tratamiento. Una vez establecido el diagnóstico de disfunción eréctil, se procede a prescribir un tratamiento cuyo objetivo es producir erecciones lo suficientemente sólidas para el coito heterosexual, estableciendo como objetivo el rendimiento sexual. Surge entonces la pregunta: las drogas erectogénicas ¿mejoran de algún modo las relaciones sexuales o solamente refuerzan la naturaleza deshumanizada del actual discurso medicalizado en torno a la sexualidad? La siguiente sección subraya algunos de los problemas inherentes en este modelo.

PROBLEMAS ASOCIADOS A LA MENTALIDAD VIAGRA

El foco queda puesto en eliminar el síntoma más que en su sentido, propósito o valor

Lo central en la mentalidad Viagra es diagnosticar el pene del paciente y tratar el miembro “descompuesto” (Tiefer, 1991), más que examinar el contexto intra-psíquico, interpersonal y social en el cual ocurre la disfunción eréctil. Este modelo presupone que la ausencia de

erección es necesariamente problemática y requiere de tratamiento. La premisa subyacente, sustentada por los pacientes y desafortunadamente luego reafirmada en el proceso de evaluación, es que debe producirse erección cada vez que se presente una oportunidad sexual. En el transcurso de este proceso la noción de masculinidad enfatizada es la de un varón como una "maquina" o como un animal sexual, programado para funcionar automáticamente. Lo que se considera popularmente como el modo de ser "natural" de un varón en nuestra cultura, es el ser un hombre recio, siempre dispuesto a tener sexo, capaz de hacer el amor durante toda la noche (Zilbergeld, 1999) y de tener erecciones cuando lo desee. Pero no sólo esto sino, además, programado para funcionar a control remoto, es decir, desconectado de su propia vivencia de excitación, deseo e intimidad (Levant y Brooks, 1997). Sin embargo, en vez de contrarrestar este estereotipo, lo reforzamos al actuar como si la falta de erección fuese indicativa de un desorden o una patología. Cuanto menos, esta actuación sólo contribuye a incrementar la presión sobre los varones para rendir sexualmente.

La mentalidad Viagra fomenta la noción de que lo esperado es un funcionamiento sexual vigoroso, a pesar de lo que el varón esté sintiendo. La posibilidad de que cualquier hombre con un buen funcionamiento sexual previo sea incapaz de obtener una erección en una determinada y particular circunstancia, muy rara vez es tomada en cuenta. Con demasiada frecuencia, no se considera la experiencia subjetiva en torno a la excitación sexual o a su ausencia (Delizonna, Wincze, Linz, Brown, Barlow, 2001). Si los pacientes se proponen tener actividad sexual, a pesar de no sentirse subjetivamente estimulados ¿por qué habrían de tener una erección? Desgraciadamente esta distinción habitualmente se ignora o se pasa por alto en el proceso de evaluación. De hecho, frecuentemente los terapeutas ni siquiera inquieran acerca de la experiencia subjetiva del varón o, más aún, confunden el propósito de tener actividad sexual con el sentirse atraídos por su pareja o sentirse motivados sexualmente ante la presencia de ella. Quizás no se trate de que él esté dispuesto a tener sexo y su cuerpo no sea capaz de cooperar, sino más bien de que el cuerpo es el mejor juez de la disposición para el acto sexual en ese momento. Lo central de este asunto no es si el problema es de tipo orgánico o psicológico sino el de definir si existe o no un problema (Kleinplatz, 2001a). Más que ser problemática, la falta de erección puede poner en evidencia el buen juicio corporal. Yo me siento más inclinada a preocuparme de los varones que parecen ser capaces de funcionar sexualmente con independencia de las circunstancias.

Son muchos los varones que creen que deben tener una erección frente a cualquier oportunidad sexual. Como terapeutas sexuales, consideramos tal aseveración evidentemente errónea, pero, a la vez, tendemos a reforzarla cada vez que tratamos el síntoma sin tomar en cuenta la posibilidad de que este varón pueda no desear un intercambio sexual en ese momento.

Lo central en este modelo mecánico de evaluación es determinar la etiología, es decir, la causa patológica de la disfunción, en oposición a considerar el significado, motivo o sentido de ella. Si llevamos este punto un poco más allá ¿sobre qué base estamos asumiendo que la falta de erección es síntoma de un proceso patológico, un mensaje al cual atender, o una señal a tomar en cuenta? Más aún ¿cuáles son nuestros referentes para asumir que la falta de erección está perentoriamente necesitada de ser tratada, en contraposición al ser humano que la padece?

El tratamiento del síntoma tiende a opacar el problema subyacente

La disfunción eréctil puede o no ser problemática, y a menudo se ignora que puede ser el síntoma de un problema subyacente. No deja de ser paradójico que un tratamiento exitoso del síntoma puede enmascarar la presencia del problema mismo.

Es un axioma médico que no se deben tomar analgésicos para el dolor hasta no cerciorarse bien de cuál es su origen. Se entiende que tratar sólo el síntoma, ignorando la condición subyacente, puede producir que ésta empeore o se torne aún más severa. Sin embargo, este axioma se olvida en el manejo clínico de las disfunciones sexuales. Tendemos a igualar el síntoma con el problema, para luego sólo tratar el síntoma. Sin embargo, pocos médicos plantearían manejar una disfunción eréctil sin descartar inicialmente una diabetes mellitus como un posible factor causante. Pero, una vez completados los exámenes médicos preliminares y descartados los otros posibles problemas orgánicos, se prescribe un tratamiento para la impotencia sin considerar otras posibles dificultades. El no investigar las condiciones médicas y realizar un tratamiento meramente sintomático, sin ninguna duda calificaría como *mal praxis*. A pesar de lo dicho, es habitual tratar una disfunción sexual *per se*, sin tomar en cuenta los problemas intra-psíquicos e interpersonales que presentan los pacientes o sus parejas. De hecho, los problemas del individuo o de la pareja son estimados como irrelevantes. Al igualar el síntoma con el problema se sugiere que necesariamente es el pene el que requiere tratamiento, y no la persona la que merece cuidado, atención e investigación. De esta

manera, al eliminar el síntoma el origen del dolor permanece intacto, restándole a la persona la posibilidad de tomar conciencia de él, de detectarlo e identificarlo. Es posible que un varón desconozca su aflicción con respecto a la pérdida reciente de su esposa mediante un rápido y mecánico arreglo para su pene disfuncional, de tal manera que pueda funcionar con una seguidilla de parejas sexuales recientes. Por otra parte, el sildenafil hace posible que una persona que tiene una vida sexual sin brillo y desmoralizante, la viva como que si todavía lo excitara; por lo tanto, la hace permanecer impermeable a los conflictos en su relación o a la disparidad entre sus deseos y los de su pareja. Otra persona puede desconocer sus señales internas que le advierten que no confía ni se siente cómoda con su actual pareja. En todos estos casos las personas se preguntarán por qué se sienten solos, vacíos y malhumorados, pese a su aparentemente animada vida sexual.

Sumado a lo dicho, esta incapacidad para establecer la diferencia entre los síntomas y el problema de fondo transmite un mensaje inquietante sobre lo que es relevante en la sexualidad y en las relaciones humanas. El énfasis en el síntoma, como si éste fuese el problema preponderante, representa una visión unidimensional de la sexualidad, que la ve como una mera función genital.

Desconocimiento del Contexto interpersonal / Relacional

La prescripción de sildenafil en forma descontextualizada no sólo ignora a la persona sino que también desconoce a su pareja y a la naturaleza de la relación. (Stock y Moser, 2001; Tiefer, 1996). La evaluación clínica de una disfunción eréctil habitualmente ocurre sin siquiera considerar necesaria la presencia de la pareja. De hecho, muchos de estos varones no tienen dificultad en lograr una erección mediante autoestimulación. La dificultad se presenta específicamente con su pareja sexual habitual.

Al concentrarnos en el aparato genital masculino perdemos la oportunidad de mirar a la pareja y los temas y hechos que cobran relevancia en la relación. En estos casos, el sildenafil es sólo de utilidad para resolver el problema si éste es definido como un pene que no logra la erección. Si la definición gira en torno a cuáles son los sentimientos de los involucrados, la situación puede o no ser calificada como problemática. Por ejemplo, las mujeres quisieran sentirse deseables, y por tanto se inquietan si sus parejas tienen dificultad para obtener o mantener una erección. Sin embargo, con frecuencia pasamos por alto esta situación, es decir, que la obten-

ción de una erección por parte de su compañero le confirmaría a una mujer que es deseada. Algunos hombres logran excitarse sólo si se concentran en una fantasía, y por lo tanto alejando a su pareja de la mente. Creo que muchas de las mujeres que se sienten amenazadas intuyen o perciben que sus maridos no están disponibles emocionalmente para ellas ni se sienten atraídos por ellas. Estos varones no se están substrayendo de tener sexo si no, mas bien, reteniéndose a sí mismos durante el acto sexual.

Estas son parejas con un patrón que deseo destacar. Frecuentemente, los varones con una disfunción eréctil están casados con mujeres que insisten en que sus maridos logren erecciones. La razón para dicha insistencia es la idea de que la erección de sus maridos confirmaría su deseo por ellas. Algunos varones son incapaces de reconocer el "no quiero tener sexo contigo". Esto va contra las reglas, especialmente contra los códigos del ser hombre (Zildbergeld, 1999), y naturalmente no es agradable ni adulator para sus parejas. Entonces, en vez de expresar su desinterés abiertamente, lo expresan con su incapacidad de tener erecciones. De cierta forma es un modo de cuidar la relación. En vez de tener que confrontarse con sus sentimientos o, lo que es peor aún, enfrentar a su pareja con los sentimientos que tienen, simplemente dicen: "me encantaría complacerte, es sólo que mi pene no me coopera". El pene es el culpable.

Un segundo escenario en el que los varones estarían muy presionados para lograr una erección es en las parejas donde la mujer reporta que la única forma de alcanzar un orgasmo sería mediante el coito. Esta idea es notable, ya que la mayoría de las mujeres alcanzan el orgasmo mediante la estimulación genital externa más que mediante el coito. Es importante notar que las mujeres casadas con hombres que no logran satisfacer sus necesidades son las que frecuentemente declaran que él debe perentoriamente obtener y mantener una erección para que ella alcance el orgasmo. Sin embargo, para tales parejas una erección farmacológicamente inducida puede estar lejos de resolver el problema. Quizás si a la inversa, en estos casos una erección instantánea puede crear más problemas de los que resuelve, pues estos varones ya no pueden argumentar: "no logro que se me pare". ¿Cómo se pueden entonces liberar de tener sexo por obligación? Lo dicho tal vez dé cuenta de la razón por la que las inyecciones intracavernosas y la terapia MUSE no han resultado tan populares como se había anticipado. Del mismo modo, la falta de adherencia de los pacientes al sildenafil se ha hecho cada vez más evidente. Con tantas modalidades terapéuticas disponibles, muchos son los que actualmente podrían

obtener una erección en forma bastante automática; sin embargo, no las están empleando.

Teóricamente las mujeres se pueden liberar de tener actividad sexual aduciendo que no están de ánimo (aunque en muchas parejas esto no es efectivo, como se demuestra en los casos de forzamiento sexual durante el noviazgo o el matrimonio). Sin embargo, los varones sólo se pueden excusar si se encuentran incapacitados "para rendir".

El desconocimiento del contexto social perpetúa la generación del problema

El objetivo del tratamiento en este modelo biomecánico es reestablecer niveles "normativos" de rendimiento sexual, esto es, la capacidad de llevar a cabo el acto sexual, más que la obtención de placer o satisfacción. Más aún, aunque el tratamiento sea exitoso, lo es en la medida que promueve la "normalidad" en vez de optimizar el potencial de plenitud sexual. Como resultado de un tratamiento efectivo con sildenafil, los pacientes retornan a patrones convencionales de funcionamiento, aunque sean precisamente estos mismos patrones los que contribuyen a la patogénesis de los problemas sexuales. Este modelo convencional y la visión predominante de lo que es la sexualidad femenina/masculina ejerce aun mayor presión en los varones para funcionar en automático, como si fuesen máquinas de arremetida. Cuando los clínicos se esfuerzan por ayudar a los varones a retomar un desempeño normativo, están inadvertidamente coludidos con la perpetuación y justificación de la mentalidad que justamente genera la ansiedad de rendimiento.

El frenesí que provocó la aparición del Viagra nos señala que continuamos imbuidos en un modelo falocéntrico de la sexualidad. La atención de los medios de comunicación social acerca del Viagra nos brindó una oportunidad perfecta para publicitar este mensaje y cuestionar los mitos prevalecientes (Kleinplatz, 2001). En gran medida, el campo de la terapia sexual desperdió esta magnífica oportunidad para promover una definición más abarcadora de la sexualidad, y así educar al público con relación a la manera en la que los hombres pueden satisfacer a sus compañeras mediante el empleo de distintos tipos de caricias, para no mencionar un poco de sentido de la imaginación. Nótese que no hemos explicitado que algunos varones prefieren parejas del mismo sexo. Podríamos haber desafiado las ideas estereotipadas de lo que significa ser hombre; o la noción de que el fin último del sexo es el coito, o que se requiere un gran pene duro que permanezca erecto por un tiempo prolongado para satisfacer a una mujer;

o que la sexualidad sólo tiene que ver con parejas heterosexuales. En ese sentido, más bien fracasamos rotundamente, de tal modo que generamos más pacientes para nuestras consultas y más ganancias para Pfizer. En otras palabras, ayudamos a mantener en vez de disipar las condiciones que fomentan en los varones una sensación de inadecuación y los conducen a buscar ayuda profesional. Al afianzar y sostener un pensamiento falocéntrico (Stock, 1988), quedamos expuestos en nuestra propia ambivalencia.

La alternativa hubiese involucrado la prevención de dificultades sexuales mediante la pública deconstrucción de estas presunciones falocéntricas y heterosexistas. Pero eso hubiese significado involucrarnos en los movimientos sociales, redefinir el discurso actual y promover una educación sexual con bases más comprensivas y de mayor amplitud. Peor aún, quizás sea este éxito en el tratamiento de las disfunciones sexuales lo que conlleve una regresión "normativa". Si esto cumple con todas las expectativas del paciente, bien por él. Sin embargo, el paciente puede decepcionarse al descubrir que la mera resolución de su dificultad eréctil no necesariamente conduce a una sexualidad más plena o satisfactoria sino, más bien, a un estado de pasable y tolerable mediocridad. En vez de convertirse en todo lo que él puede ser y desarrollar plenamente su potencial erótico, se convierte en una especie de medida uniforme al alcanzar un nivel meramente adecuado de funcionamiento. La posición alternativa consistiría en que, en vez de promover la conformidad a la norma (Reiss, 1990), los terapeutas debieran intentar promover el desarrollo personal del cliente, independiente de las constricciones sociales.

Los criterios de mejoría ignoran la experiencia subjetiva

El tipo de sexualidad predominante queda muy bien reflejado en la creencia de que una píldora puede realizar la experiencia sexual. En este modelo biomecánico el éxito de una intervención terapéutica es evaluado en términos de elementos objetivos y mecánicos, más que en consideraciones subjetivas y fenomenológicas. Progresivamente, las modalidades de tratamiento se tornan más sofisticadas tecnológicamente, mientras permanecen sin modificarse los objetivos del modelo médico. Ya sea mediante ejercicios conductuales, seguidos luego por implantes peneanos, dispositivos constrictivos, inyecciones intracavernosas, o pellets MUSE insertados en la abertura uretral, o mediante las mágicas píldoras azules, el objetivo final es convertir al pene en una máquina capaz de producir erecciones a

pedido. El objetivo en cada instancia es eliminar las barreras para el coito, más que aumentar las posibilidades de placer e intimidad. Cada vez que el tratamiento logra la obtención de una erección mediante la minimización o no consideración de la experiencia humana, estamos "cosificando" a las personas involucradas.

Los criterios con los que se miden los resultados habitualmente incluyen la frecuencia de erección, su firmeza y la adherencia al tratamiento, pero raramente incluyen indicios de la satisfacción sexual del individuo o de su pareja. Al evaluar el grado de satisfacción éste tiende a ser bajo. A nuestro juicio, la pregunta central es: si el tratamiento para la disfunción eréctil es tan efectivo en corregir el síntoma, ¿por qué los niveles de tribulación de los pacientes permanecen tan elevados? ¿Qué hace que la adhesividad al tratamiento sea baja? ¿Con qué tiene que ver el que los supuestos buenos resultados no se traduzcan en un aumento de la frecuencia sexual? Quizás si lo que esté implicado sea la sensación de fragmentación o de mecanización experimentada por los que compran el modelo biomecánico. Esta sensación aparece cuando el hombre cree que su valor es instrumental, en vez de considerarse un ser humano sexuado propiamente tal. Esto explicaría el que tantos tratamientos exitosos para la disfunción sexual tengan como resultado bajos niveles de deseo sexual. La alternativa sería rehusar conformarse con un sexo meramente mediocre y funcional y en vez de eso aspirar a una conexión sensual profunda, deseo de tener actividad sexual y, durante ella, éxtasis y plenitud como culminación del potencial erótico y de intimidad.

El clínico actuando como agente de control social

La prescripción del sildenafil nos provee una oportunidad para considerar los valores sexuales de nuestra sociedad y a la vez el lugar en el cual quedan situados los clínicos para imponer estos valores en los pacientes (Giammi, 2000). No a cualquier varón, por el solo hecho de desear mejorar la calidad de sus erecciones, le es otorgado el derecho de recibir estos fármacos. La ironía de todo esto es que, para obtener una prescripción de sildenafil, un varón debe ser diagnosticado como sexualmente disfuncional. El sildenafil puede ser utilizado para potenciar la obtención, manutención, y recuperación de la erección en varones supuestamente "normales" (Moser, 2000). Sin embargo, estemos o no de acuerdo con este uso, los hombres que deseen utilizar sildenafil para acrecentar su respuesta sexual lo tienen prohibido (por lo menos mediante canales oficiales). La obtención no autorizada de la droga a través de Internet esta condenada, aunque es popular, así como tam-

bién lo es la experimentación con sildenafil de procedencia no oficial. El acceso permitido al sildenafil queda restringido a varones catalogados como patológicos. Los valores sexuales de nuestra sociedad son mantenidos, sostenidos y perpetuados cuando se decreta que el Viagra sólo puede ser prescrito para retornar a la norma sexual, independiente de cuán insatisfactoria pueda ser dicha norma y, a la vez, no puede ser utilizado para apartarse de dicha norma en personas no catalogadas de impotentes. Es decir, los que optan por utilizar sildenafil sólo pueden hacerlo legalmente si están dispuestos a declararse impotentes.

Los tratamientos disponibles determinan el concepto del problema

Existe una copiosa literatura que expone los posibles significados, tanto psicodinámicos como interpersonales de la disfunción eréctil. A través de los años se la ha entendido como una detención del desarrollo, como un síntoma ansioso, como sentimientos de inadecuación y hostilidad no expresada hacia el compañero sexual, como represión emocional, aversión sexual, historia de incesto, y otros (LoPiccolo, 1992). Sin embargo, actualmente es común pensar que tanto el origen o propósito del síntoma sería irrelevante, ya que la disfunción eréctil puede ser tratada sin tomar en cuenta ni su significado ni su etiología (Rosenberg, 1999). Es un implícito que si el tratamiento es biomédico no sólo debemos desconocer nuestras concepciones previas acerca de lo complejo de las dificultades en torno a la sexualidad humana sino que también deberíamos re-escribir nuestras interpretaciones en los mismos términos.

Esta evolución es notable, aunque para nada sorprendente, dada la historia del campo de la terapia sexual. Como hemos señalado, hace treinta años se asumía que el 90% de las disfunciones sexuales eran de etiología psicógena y un 10% orgánicas (Master y Johnson, 1970). Estos datos han sido revertidos desde el advenimiento del Viagra. Estas nuevas cifras han sido promovidas por la industria farmacéutica, que se beneficia con la convicción de que la disfunción eréctil (junto con otros problemas que van desde la depresión hasta la hiperactividad) tiene una base orgánica y, por tanto, requiere un tratamiento bioquímico (Breggin, 2000; Duncan y Miller, 2000).

Como se aprecia, la tendencia con relación al tratamiento de todas las disfunciones sexuales fue considerarlas psicogénicas hasta que se dispuso de los tratamientos farmacológicos, después de lo cual se puso de moda redefinir la naturaleza y origen del problema/síntoma en términos biomédicos. No es sorprendente que

los intentos recientes para redefinir la Disfunción Sexual Femenina (FSD) en términos de insuficiencia androgénica aparezca en el mismo momento en el que las compañías farmacéuticas están lanzando una amplia campaña de marketing del uso de testosterona dirigida hacia las mujeres. Del mismo modo, los fabricantes del Prozac fueron capaces de extender la patente 10 años adicionales, convenciendo a la FDA, a los clínicos y a sus pacientes de que el "Desorden Disforico Premenstrual" se debía a un déficit de serotonina. (Hasta la fecha el PMDD ha sido clasificado en el DSM sólo como un diagnóstico provisional, no obstante la campaña para su inclusión.) De esta forma el concepto de las disfunciones sexuales ha sido corrompido por las fuerzas del marketing.

Los tratamientos disponibles han marcado nuestro entendimiento sobre la naturaleza de las dificultades sexuales, en vez de desarrollar enfoques clínicos basados en y desde el estudio de la sexualidad y los problemas inherentes a ésta. El cimiento para este razonamiento fue establecido con anterioridad a la aparición de los sexo-fármacos. En 1974, no obstante su background como psicoanalista, Kaplan argumentaba que el origen de los problemas sexuales de los pacientes y nuestra comprensión acerca de ellos eran básicamente y afortunadamente "irrelevantes"; en tanto que intervenciones conductuales breves eran capaces de revertir estos trastornos, por lo cual el clínico no necesitaba preocuparse de los orígenes de las dificultades de los pacientes o de cómo darles sentido.

El problema con este enfoque es doble: primero, parece demasiado fácil ignorar por completo al individuo y su experiencia, particularmente cuando el propósito de la terapia está primordialmente centrado en la eliminación de los síntomas problemáticos. Esto es, la persona o pareja que tiene la dificultad se torna doblemente irrelevante, tanto en la formulación del problema como en el diseño del plan terapéutico. Este enfoque reduccionista de los problemas sexuales abre un amplio abanico de posibles métodos terapéuticos mecanicistas, a los cuales se espera que los "buenos" pacientes consientan. Como hemos señalado, en el caso de la disfunción eréctil, a través de los años estos métodos han incluido implantes quirúrgicos, artefactos constrictivos, inyecciones intracavernosas, y pellets de MUSE. Del mismo modo, los aparatos EROS actualmente comercializados para el tratamiento de FSD involucran el uso de una copa succionadora operada con baterías, la cual se coloca sobre el clítoris para estimular el flujo sanguíneo. Lo absurdo de estos tratamientos revela a cabalidad la manera de concebir la sexualidad que tienen sus sustentadores, para no mencionar su idea de lo que es ser hombre y ser mujer.

Aún más, esta modalidad de pensamiento implica consecuencias tanto prácticas como económicas; la efectividad de estas intervenciones biotecnológicas en la eliminación de los síntomas de disfunción sexual los convierten en un recurso valioso, tanto para los clínicos como para los pacientes que solicitan dichos tratamientos. Sin embargo, para aquellos que buscan una terapia dirigida a la persona o pareja en su totalidad, este discurso mediatizado por el mercado y centrado en un tratamiento expedito de los genitales, pudiese finalmente *impedirles* el acceso al tratamiento de su elección. En el ambiente actual de *managed care*,³ los clínicos deben permanecer alertas para no sucumbir ante las presiones que limitan el rango de ofertas disponibles para los consumidores (Fox, 1995).

La psicoterapia experiencial (PE) como una alternativa a la mentalidad viagra

Una de las alternativas a la mentalidad Viagra es la PE. Este enfoque se ubica en el contexto de un modelo humanista-experiencial de la personalidad y del desarrollo humano. Estoy enfatizando este modelo experiencial en particular, que es uno de los casi 50 tipos de esta orientación psicoterapéutica (Mahrer y Fairweather, 1993), para distinguirlo de ellos. Dados los problemas que presentan los paradigmas predominantes con relación a la terapia sexual, llamé mi atención el trabajo de los teóricos y terapeutas "clásicos" en el ámbito del pensamiento humanista-experiencial, y, por consiguiente, los valores que sustentan su obra. Me refiero a la autenticidad, la subjetividad, el estar en sintonía y darles crédito a las propias sensaciones corporales y a la experiencia vivida; la realización del potencial humano, el derecho a la opción consciente y a mantener la conexión consigo mismo y con los otros. Como terapeuta sexual, he hecho propios estos conceptos y la necesidad de modelos terapéuticos que subrayen la esencia de la experiencia sexual humana.

Esta aproximación fue diseñada con la finalidad de que los individuos sean capaces de desarrollar sus potencialidades más que como un tratamiento para las disfunciones sexuales. Pese a lo anterior, la PE y su consiguiente marco referencial puede ser perfectamente apta para lidiar con las disfunciones sexuales, ya sea en terapia individual, grupal o de pareja. Las siguientes descripciones señalan algunas de las ventajas de este enfoque como una alternativa a los paradigmas

³ Este papel lo cumplen en Chile las Isapres y Fonasa.

de tratamientos convencionales y biomecánicos. Dado que la PE se centra en la optimización de las potencialidades de cada persona, no se considera a la disfunción eréctil –o a cualquier disfunción sexual– como un problema a tratar, o un síntoma a eliminar, sino más bien como un indicador en la dirección hacia el cambio interior. No hay un intento por controlar, revertir o eliminar el síntoma sino, más bien, éste es utilizado como punto de entrada para el desarrollo personal. De tal modo, los clientes se pueden beneficiar de esta modalidad terapéutica, ya sea que presenten una disfunción sexual diagnosticada propiamente, una vida sexual mediocre, o que busquen una mayor plenitud erótica.

La PE no apunta hacia la “normalidad” sino hacia el cambio generado desde el propio cliente. Así, el terapeuta no está en la posición de sostener los valores de nuestra sociedad perpetuando las normas sociales, ni tampoco de oponerse a ellas con una agenda alternativa. La única “agenda” se origina en y desde cada cliente en su experienciar único, integrado y actual.

Como hemos señalado, el objetivo de la PE es el crecimiento y desarrollo, más que el tratamiento de síntomas o de problemas, sean éstos definidos como biomédicos, intrapsíquicos o interpersonales. Por el contrario, lo que se busca son cambios en la persona total, y no dividirla en compartimientos. Los cambios obtenidos son frecuentemente tan fundamentales en el cliente que se reflejan en su mundo interior, en sus relaciones con los otros y en su estado corporal. Es decir, los cambios se producen tanto en la persona que presenta el “problema” como en el contexto donde este problema es vivenciado.

Curiosamente, la aproximación clínica predominante para tratar los problemas sexuales se enfoca sólo hacia las alteraciones físicas evidentes, sean éstas de etiología orgánica o psíquica, quedando exenta de un marco teórico comprensivo de los eventos corporales y de su rol en la experiencia sexual. En el paradigma convencional, la problemática es concebida en términos duales; esto es, en términos de patología orgánica o psicológica. La alternativa experiencial se sustenta en una concepción que abarca a los fenómenos intrapsíquicos, los corporales y los interpersonales, integrándolos en un modelo del experienciar en el cual las vivencias del mundo interno son reflejadas en la relación con el sí mismo, con la corporalidad y con los otros (Mahrer, 1978). Este enfoque es particularmente atractivo para quienes rechazan la reificación, la fragmentación y el reduccionismo de la mentalidad actual.

El modelo experiencial nos ofrece una guía de gran utilidad para comprender y utilizar las sensaciones corporales para promover el cambio, y como otra vía para

acceder al mundo interno del cliente y a los lugares desde donde es más probable que ocurran cambios substantivos. Uno bien podría argumentar que la comparación entre el sildenafil y la PE no sólo es injusta sino también absurda. Es comparar manzanas con naranjas. La PE ni siquiera intenta revertir la disfunción eréctil (o cualquier otra disfunción sexual). Esto es cierto. La ironía es tal, que aunque este enfoque no intente “tratar” una disfunción sexual, frecuentemente parece “resolverlas” o “curarlas”, sin los problemas inherentes al paradigma predominante.

Los métodos y objetivos de la PE

Para otorgarle sentido al breve bosquejo de tres casos clínicos que presentamos a continuación, es perentoria una revisión de los objetivos y métodos de la PE. Al inicio de cada sesión de PE el cliente ha de encontrar un instante emocionalmente cargado. Entonces ha de investigar la cima de esta sensación para así acceder a sus vivencias internas. “El propósito de este primer paso es ayudarlo a acceder, descubrir, y tomar contacto con una posibilidad o potencialidad interna” (Mahrer, 2002). Luego, el cliente identifica y reconoce este experienciar o vivenciar de tal modo de mantenerlo vivo, energizado y al alcance. Durante el tercer paso el cliente deja “ser” este nuevo modo de experienciar en el contexto de eventos vitales anteriores. El individuo ha de vivir los momentos en los que esa experiencia interna emergió y pudo o debió haberse manifestado. En la última etapa el cliente ha de tener una experiencia de lo que es ser la persona que se permite sentir tales emociones, es decir, lo que es pensar, actuar, sentir, y experienciar como esta “nueva” persona en el mundo fuera de la consulta (Mahrer, 1996). El individuo ha de considerar la posibilidad de expresar esta potencial manera de ser en su vida diaria. El cliente visualiza, ensaya y disfruta de la posibilidad de realmente ser de esta radical y nueva manera en la vida “real”.

Dicho muy sucintamente, dos objetivos son fomentados: el primero es capacitar al cliente para alcanzar y ser lo que subyace más profundamente en sí mismo, de tal modo que él o ella pueda convertirse en una “cualitativamente nueva persona” (actualización) (Mahrer, 2001). El segundo es provocar un cambio en el cliente de tal manera que el problema o los momentos difíciles que lo motivaron a consultar ya no existan (integración). Alcanzar estos fines habitualmente involucra un proceso complejo de cambios, tanto generales como de mayor especificidad, es decir, propios de esta persona en particular. Dicho con otras palabras, el sufrimiento que padece cada persona al ser referida con

la finalidad de tratar una disfunción eréctil es singular para él o ellos (en el caso de una pareja). Sin embargo, los cambios producidos suelen ser más substantivos y extensos que superar las dificultades sexuales, e involucrar también otros aspectos de sus vidas.

La magnitud de estos objetivos puede sonar extraordinaria, y aun grandiosa, pero no inconcebible. De conformidad con una perspectiva humanista-existencial, los cambios perseguidos genuinamente no son cuestión de grado, de mera reducción de los síntomas, sino de calidad. No es suficiente que el cliente tenga que conformarse con estar un poco menos a disgusto, o con una disfunción eréctil menor y más manejable sino, más bien, hacer posible que se convierta en una persona liberada de cualquier problema causal de sufrimiento.

El siguiente bosquejo de material clínico se presenta con consentimiento informado y se han cambiado los detalles para proteger la identidad de los pacientes (cf. Clift, 1986).

Caso 1: Disfunción Eréctil y Depresión

Se trata de un varón. Me consulta debido a su disfunción eréctil (DE). Se encuentra deprimido tomando Zoloft, un IRSS, lo que sólo ha conseguido empeorar su condición. La DE alimenta su depresión y ésta a su vez la mantiene. Pese a que la prescripción del citrato de sildenafil contrarresta los efectos secundarios del antidepresivo, este medicamento le reafirma aun más su sensación de menoscabo.

Le solicito al consultante indicarme un momento reciente de gran emoción, el camino para descubrir al hombre que esta detrás de este comportamiento sexual. En vez de tenerlo discutiendo tan sólo de su disfunción eréctil o de sus sentimientos acerca de esto, le pido encontrar y vivenciar cualquier escena que convoque su atención en ese mismo instante. El momento elegido es la noche anterior, acostado con su pareja preparándose para hacer el amor. (El dormitorio suele ser un lugar común de inicio para los clientes con disfunciones sexuales; sin embargo no hay dos personas que vivencien esta escena inicial de modo similar). Buscamos y localizamos el instante más significativo. En este caso es cuando ella le dice a él: "te quiero dentro de mí en este mismo instante." Para él, esto es el infierno. Se le aprieta el pecho y le tiemblan las piernas. Su atención sin embargo no se dirige a su compañera sino a su pene. De hecho, su pene se torna tan central que pareciera cobrar vida propia. En tanto ocurre esto, le indico convertirse en su pene. (Esta sugerencia es una reminiscencia de una técnica paralela de la terapia

gestáltica). Se trata de visualizar la situación desde una posición ventajosa. Así, escucha la voz que emerge desde lo más profundo de sí mismo, a la cual normalmente no se accede y menos aun se escucha. Cuando ella está diciendo "Te deseo ahora mismo," él no se encuentra preocupado de ella sino de su pene, el cual demanda su atención y le dice: "No puedes decirme qué hacer. Deja de molestarme. Te encuentras tan preocupado por rendir que no puedes gozar". El pene ahora dice: "Estoy en control de la situación y esta vez obtendré lo que deseo, de modo que no te interpongas en mi camino. Solo déjame ser y crecer. Es mi turno para buscar y conseguir lo que tanto deseo".

El cliente ya no está hablando desde la posición de un modesto y solícito caballero dispuesto a complacer a los demás, sintiéndose habitualmente desvalorizado y frustrado. En lugar de esto, ahora se siente asertivo y osado, sin temor a pedir lo que cree merecer. Mientras se imagina requiriendo para su pene sus derechos, la opresión en el pecho se disipa a la vez que sus piernas están más firmes y energizadas. A la sesión siguiente llega habiéndole dado forma a los deseos de su ahora nuevo modo de experimentar su sí mismo (anteriormente su disfuncional y poco cooperativo pene) y ha logrado pasar un gran momento con su amante. Para su sorpresa, ella está absolutamente encantada de acariciar su pene que ahora "funciona". Él, a su vez, ha reconocido una variedad de otros deseos, los cuales ha ignorado por mucho tiempo, y que ahora empieza a considerarlos seriamente, a los que desea responder, hacerse cargo y entregarse a ellos. Esto no sólo tiene como resultado un cambio en su vida sexual sino que también se traduce en un cambio de trabajo y en poder construir una casa de campo con la cual siempre soñó. Actualmente lleva un traje nuevo, el primero que se ha comprado no estando en liquidación. También da cuenta de cómo su bloqueo de escritor se ha disipado. El resultado es que tanto su disfunción eréctil como su depresión han desaparecido. Al año de seguimiento, permanece bien.

Caso 2: Disfunción Eréctil Secundaria a la "Hipersexualidad"

El segundo caso se trata de un varón de 51 años referido a tratamiento por su disfunción eréctil, causada en parte por una hipersexualidad, a la cual se refiere como mi "adicción sexual". Pierce es víctima de mujeres que constantemente se le ofrecen y él simplemente no puede negarse. Después de 23 años de este comportamiento, con literalmente cientos de amantes previas, y actualmente con una docena de ellas, simplemente ya

no puede responder sexualmente. Para él, justo en el momento previo al orgasmo se le produce una profunda sensación de vacío y alienación. La consecuencia de este funcionamiento sexual, desconectado de sus sentimientos, ha terminado en una disfunción eréctil.

Durante nuestra segunda sesión logra un punto de giro en su vida. Recuerda el momento en el que descubre a su mujer en la cama con su mejor amigo. A menudo ha pensado en torno a este suceso, mientras mantiene un distanciamiento afectivo con relación a ellos y a sus propias vivencias. En ese momento las recriminaciones se dirigieron a su esposa, a la cual inmediatamente le pide el divorcio. Pero durante esta sesión, en la medida que se reencuentra con este momento fundamental, sus sentimientos predominantes son inesperadamente dirigidos hacia su mejor amigo, Larry. Le indico que centre su atención en Larry, y lo confronte. Pierce exclama: “¡Has arruinado mi vida! Te he querido más que a nadie, más que a mi esposa ¡Hicimos todo juntos! ¡Has destruido todo!”. En vez de la amargura que siempre había asociado a este incidente, y en la medida que se intensificaban sus sentimientos, empieza a tomar forma uno en particular, para luego hacerse evidente, pues había permanecido siempre oculto. Pierce proclama: “Aún te extraño. Me he convertido en un frío y miserable bastardo. ¡Antes era un tipo sensible!”. La vivencia interna era de haber sido tierno, íntimo, sentimental, de haber compartido una conexión especial, y de haberla vivido y expresado plenamente. Pierce ha actualizado este antiguo momento tan vívidamente que ha sido capaz de dejar a un lado su sí mismo habitual, y ha logrado darse cuenta de todo lo que ha perdido, lo que le permite contemplar la posibilidad de incorporar estos antiguos y remotos sentimientos a su vida actual.

Después de esta sesión, Pierce toma contacto y eventualmente visita a Larry, reconociendo: “pienso en ti, todo el tiempo”. Ellos retoman la relación, inicialmente con cautela y luego de modo entusiasta, tocados por la profundidad del vínculo. “Pareciese que no ha transcurrido el tiempo”. Pierce decide entonces darse un intervalo de un mes de duración de sus múltiples relaciones con mujeres, para así permitirse descubrir qué es lo que realmente desea. Elige dejarlas a todas, con excepción de Joyce. “¡A ella puedo entregarle 10 veces más de lo que he sido capaz en toda mi vida! No he pensado en las otras mujeres desde ese día”. Mientras describe esta arrolladora sensación de intimidad cuando está con Joyce, llora de felicidad.

En el seguimiento a los 6 meses y al año, Pierce permanece apasionadamente enamorado de Joyce y no ha superado la dificultad eréctil y la hipersexualidad.

Caso 3: Buenos amigos

Aunque la literatura en torno a las dificultades sexuales reconozca la importancia de la compañera en el manejo del problema motivo de la consulta, raramente es posible ilustrar cómo se gesta el cambio al trabajar con una pareja.

Esta pareja me fue referida debido a que él no logra tener erección. Después de varios años de haberse inquietado y a su vez observado cómo su excitación literalmente aparece y desaparece, han perdido el deseo. Permanecen como buenos amigos, pero su sexualidad está apagada. Constituyen la pareja perfecta y políticamente correcta. Ella practica rafting en su tiempo libre. Él trabaja con perpetradores de violencia doméstica y ha conocido el lado oscuro de la agresión masculina. Está aterrado de volverse abusivo o de perder el control. Ellos han intentado tener relaciones cuando apenas han alcanzado el umbral de excitación necesario para un desempeño mínimo, menos aun logrado el nivel de deseo requerido para una conexión erótica intensa (Kleinplatz, 2001b). Es éste el momento cuando aumentan el volumen y escuchan las voces escondidas de su mundo interno que les permitirán acceder a su potencial erótico latente. Comienza cuando ella describe su hobby: cantar ópera en un local para amateurs. La última vez que sintió un mínimo atisbo de deseo sexual fue al cantar el rol principal de *Carmen*. Recuerda la mirada de sus colegas mientras cantaba en el escenario, sin embargo lo que la conmovió en ese momento rápidamente fue acallado. Le pido ir un paso más allá, de tal modo que se permita vivenciar nuevamente la puesta en escena. La incito a permanecer en ese lugar y experienciarlo por un tiempo suficiente de tal modo que alcance su mayor intensidad. En la medida que se atreve a retomar ese momento, las imágenes evocadas son las de la ejecución del “solo” en la plaza del pueblo. Está flamante en su vestido rojo de flamenco, sonrojada con el conocimiento velado de cuán atractiva es, casi desafiando a su audiencia a mirarla. Sonríe con estos sentimientos, que son casi tan excitantes o seductores como ella. Estos sentimientos se exaltan aún más –como lo es su inclinación a jugar con ellos– y es aquí cuando se da cuenta que su compañero está extasiado y arrobado por ella.

Cuando ellos se aventuran dentro de sí, descubren que son precisamente estas fantasías las que han evitado, sintiéndolas prohibidas, peligrosas y explosivas, pero, al mismo tiempo, son las que albergan el potencial para sentirse plenos, íntimos y conectados consigo y con el otro. Para ella coexiste, junto a su independencia de espíritu, el anhelo de convertirse en el objeto

irresistible del deseo de su pareja, de cautivarlo con su desenfadada y descarnada estética, para luego someterse a su voluntad, y permitir ser poseída. Por su parte, él ha descubierto una fuerza interior, un vigor considerable, así como también una capacidad de ser potente controladamente. No es la agresión amenazante de sus clientes sino un dominio cuidadosamente moldeado. Estas dos personas empiezan a florecer en la medida que exploran roles de dominación-sumisión. Su pasión erótica está tan cargada que su relación bulle aun en situaciones domésticas corrientes. Actualmente, ni siquiera consideran hacer el amor de cualquier manera a no ser de un modo eróticamente cargado. Su sexualidad ya no se centra en si logran o no excitarse físicamente lo suficiente para cumplir con el coito, sino más bien en un estar juntos lúdicamente, para así potenciar el crecimiento mutuo.

DISCUSIÓN

¿Qué es lo que da cuenta de los cambios ocurridos en y a partir de estas sesiones? Cada cliente comienza la sesión atendiendo a lo que experiencia, sea esto un sentimiento, una sensación corporal, una imagen o un recuerdo. Pese a que cada uno fue referido para tratamiento de una disfunción eréctil, al momento de conectarse con un sentimiento significativo éste no necesariamente fue de orden sexual. Sin embargo, con indicaciones mínimas el cliente supo justamente dónde comenzar. Estas sesiones iniciales no estaban dirigidas a eliminar un síntoma; más bien en cada sesión el cliente fue capaz de indagar y luego localizar un instante en el cual surge algo especial, algo a lo que inicialmente no habría tenido acceso. Al volver a estos momentos, específicamente al vivenciar la experiencia –y no tan sólo rememorarla– comienza a emerger una característica personal y única para cada uno de ellos. No hubo presunciones con relación a la naturaleza del vivenciar interno del cliente, más bien, nos posicionamos hacia el descubrimiento. Estos clientes eligieron permanecer inmersos en estas experiencias, aun si eran inicialmente incómodas (como por ejemplo, lidiar con un pene con voluntad propia), o si eran perturbadoras, hasta que algo se movilizara tornándolas más atractivas. Esto permite que ellos se enfrenten cara a cara con un potencial no imaginado, aunque remoto y sorprendente. Este experimentar interno luego se va tornando más distintivo, discernible, viable y real. La misma intensidad y vivacidad de este experimentar, el cual ya no es temido ni disociado sino más bien bienvenido, hace toda la diferencia. Al estar Pierce anonadado al expresar su conexión especial con Larry, se facilitó que concibiera

la posibilidad de continuar con este modo de ser en un contexto independiente de la sesión. Al poder vivir como esta persona nueva es más probable que el cliente no se encuentre en las antiguas situaciones donde se presentaba el problema sexual. La tiranía de una sexualidad fatigosa y sin brillo es reemplazada por una sexualidad vital y lúdica. El cliente se inclina a crear un mundo repleto de oportunidades para así poder expresar este nuevo potencial.

En estos clientes en particular, la persona anterior, sus sensaciones corporales, como el contexto y vínculos donde la disfunción eréctil se encontraba empotrada, dejan de existir, para ser reemplazadas por un funcionamiento sexual mejorado y relaciones sexuales más plenas. Pero además, por un nuevo rango de posibilidades, únicas para cada cliente y que no se visualizaban al iniciar la sesión. El modelo experiencial nos aporta una importante alternativa con relación a los enfoques actuales para la comprensión y tratamiento de las disfunciones sexuales. Como hemos señalado repetidamente, a diferencia de la mentalidad Viagra, la alternativa experiencial sitúa lo fundamental en la experiencia subjetiva del individuo, como en el contexto relacional y social donde el problema existe. El foco queda puesto en la totalidad de la persona, no en sus genitales. Por tanto, este modelo no es susceptible de ser acusado de reduccionismo o de reificación. El problema no queda definido necesariamente en términos de una disfunción eréctil sino más bien en términos de lo que esté perturbando al individuo o a la pareja. De hecho, no es preciso que exista un “problema” y, como consecuencia, no es necesario patologizar a los clientes. Al contrario, el énfasis queda puesto en la optimización de los potenciales de la persona, cualquiera sean éstos –sexuales, eróticos, u otros– más que en la disfunción. La naturaleza y magnitud de los cambios son conducidas desde el propio experimentar del cliente más que por una ideología o por normas sociales. De este modo, los terapeutas que emplean este modelo son capaces de apoyar el desarrollo y crecimiento del cliente sin actuar como agentes de control social. Pensamos que los cambios substantivos debidos a la Terapia Experiencial pueden transformar la vida de los individuos y de las parejas, al posibilitarles una sexualidad más satisfactoria y en cuyo transcurso los varones logran superar su disfunción eréctil.

REFERENCIAS

1. Althof SE. New roles for mental health clinicians in the treatment of erectile dysfunction. *Journal of Sex Education and Therapy* 1998; 23(3): 229-231

2. Althof SE, Turner LA. Pharmacological and vacuum pump techniques: Treatment methods and outcome. In Rosen R, Leiblum S (Eds.), *Erectile disorder: Assessment and treatment*. Guilford Press, New York, 1992, pp. 283-312
3. Althof SE, Turner LA, Levine SB, Risen C, Kursh E, Bodner D. Why do so many people drop out from auto-injection therapy for impotence? *Journal of Sex & Marital Therapy* 1989; 15: 121-129
4. Breggin PR. Confirming the hazards of stimulant drug treatment. *Ethical Human Sciences & Services* 2000; 2(3): 203-204
5. Bugental JFT. *The search for authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965
6. Bugental JFT. *The art of the psychotherapist*. Norton, New York, 1987
7. Burns B, Braun S. *The truth about impotence (B. Burns & B. Wheatley, Directors)*. In B. Burns & B. Wheatley (Producers). Nova.WGBH, Boston, 1998
8. Clift MA. Writing about psychiatric patients: Guidelines for disguising case material. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1986; 50(6): 511-524
9. Delizonna LL, Wincze JP, Litz BT, Brown TA, Barlow DH. A comparison of subjective and physiological measures of mechanically produced and erotically produced erections (or, is an erection an erection?). *Journal of Sex & Marital Therapy* 2001; 27(1): 21-32
10. Duncan B, Miller S. *The heroic client*. Jossey-Bass, San Francisco, 2000
11. Fox RE. The rape of psychotherapy. *Professional Psychology-Research and Practice* 1995; 26(2): 147-255
12. Frankl V. *The unhealed cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. Simon & Schuster, New York, 1978
13. Gendlin E. *Focusing*. Bantam Books, New York, 1978
14. Gendlin E. *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press, New York, 1996
15. Giami A. Changing relations between medicine, psychology and sexuality: The case of male impotence. *Journal of Social Medicine* 2000; 37: 263-272
16. Goldstein I, Lue T, Padma-Nathan H, Rosen R, Steers W, Wicker P. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine* 1998; 338: 1397-1404
17. Hanash K. Comparative results of goal oriented therapy for erectile dysfunction. *Journal of Urology* 1997; 157(6): 2135-2138
18. Irvine JA. *Disorders of desire: Sex and gender in modern American sexuality*. Temple University, Philadelphia, 1990
19. Irwin MB, Kata EJ. High attrition rate with intra-cavernous injection of prostaglandin E1 for impotency. *Urology* 1994; 43: 84-87
20. Kaplan HS. *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1974
21. Kleinplatz PJ. Transforming sex therapy: Integrating erotic potential. *The Humanistic Psychologist* 1996; 24(2): 190-202
22. Kleinplatz PJ. Sex therapy for vaginismus: A review, critique and humanistic alternative. *Journal of Humanistic Psychology* 1998; 38(2): 51-81
23. Kleinplatz PJ. Infertility, "Experientially oriented" couples therapy and subsequent pregnancy. *Journal of Couples Therapy* 1999; 8(2): 17-35
24. Kleinplatz PJ. A critical evaluation of sex therapy: Room for improvement. In Kleinplatz PJ (Ed). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Brunner-Routledge, Philadelphia, 2001, pp. xi-xxxiii
25. Kleinplatz PJ. A critique of the goals of sex therapy or the hazards of safer sex. In Kleinplatz PJ (Ed). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Brunner-Routledge, Philadelphia, 2001, pp. 109-131
26. Laing RD. *The politics of experience and the bird of paradise*. Penguin, New York, 1967
27. Laing RD. *The divided self*. Penguin, New York, 1969
28. Leland J. A pill for impotence? *Newsweek* 1997; 62-69
29. Levant RF, Brooks GR. *Men and sex: New psychological perspectives*. Wiley, New York, 1997
30. Lo Piccolo J. Postmodern sex therapy for erectile failure. In Rosen RC, Leiblum SR (Ed). *Erectile disorders: Assessment and treatment*. Guilford Press, New York, 1992, pp. 171-198
31. Lowen A. *The betrayal of the body*. Collier, New York, 1967
32. Mahrer AR. *Experiencing: A humanistic theory of psychology and psychiatry*. Brunner/Mazel, New York, 1978
33. Mahrer AR. *Experiential psychotherapy: Basic practices*. Brunner/Mazel, New York, 1983
34. Mahrer AR. *Therapeutic experiencing: The process of change*. Norton, New York, 1986
35. Mahrer AR. *The complete guide to experiential psychotherapy*. Wiley, New York, 1996
36. Mahrer AR. *Becoming the person you can become: The complete guide to self-transformation*. Bull Publishing, Boulder (CO), 2002
37. Mahrer AR, Poulet DB. How can Experiential Psychotherapy help transform the field of sex therapy? In Kleinplatz PJ (Ed). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Brunner-Routledge, Philadelphia, 2001, pp. 234-257
38. Mahrer AR, Fairweather DR. What is "experiencing"? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. *The Humanistic Psychologist* 1993; 21: 2-5
39. Manning M, Spahn M, Juneman K. Vascular surgery, implant surgery, and vacuum erectile aides. *Urologie Archive* 1998; 37(5): 509-515
40. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Bantam Books, New York, 1970
41. May R. *Love and will*. Norton, New York, 1969
42. Moser C. The effect of sildenafil citrate on middle-aged "normal" men. *Electronic Journal of Human Sexuality*. [Online], 4, 2000. Available: <http://www.ejhs.org/volume4/Moser/body.htm>
43. Perelman MA. Integrating sildenafil: Its impact on sex therapy. *Sexual Dysfunction in Medicine* 2000; 1(4): 98-104
44. Perls FS. *Gestalt therapy verbatim*. Bantam Books, Moab (UT), 1971
45. Reiss IL. *An end to shame: Shaping our next sexual revolution*. Prometheus Books, New York, 1990
46. Rosenberg K. Sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1999; 25(4): 271-279
47. Schnarch D. *Passionate marriage*. Norton, New York, 1997
48. Stock W. Propping up the phallocracy: A feminist critique of sex therapy and research. *Women and Therapy* 1988; 7(2/3): 23-41
49. Stock W, Moser C. Feminist sex therapy in the age of Viagra™. In Kleinplatz PJ (Ed). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Brunner-Routledge, Philadelphia, 2001, pp. 139-162
50. Tiefer L. Historical, scientific, clinical & feminist criticisms of "the human sexual response cycle" model. *Annual Review of Sex Research* 1991; 2: 1-24
51. Tiefer L. The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues. *Annual Review of Sex Research* 1996; 7: 252-282
52. Tiefer L. The selling of "female sexual dysfunction". *Journal of Sex & Marital Therapy* 2001; 27(5): 625-628
53. Wise TN. Psychosocial effects of sildenafil therapy for erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1999; 25(2): 145-150
54. Winton MA. The medicalization of male sexual dysfunctions: An analysis of sex therapy journals. *Journal of Sex Education and Therapy* 2000; 25(4): 231-239
55. Zilbergeld, B. *The new male sexuality*. Bantam Books, New York, 1999

INVESTIGACIÓN

PSICOTERAPIA BREVE EN UNIDADES DE PSICOTERAPIA EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: LA INDICACIÓN ADAPTATIVA Y EL CONTINUO “EXPRESIVO DE APOYO”¹

(Rev GU 2005; 1; 3:291-306)

Guillermo de la Parra²

El presente trabajo pretende resumir la experiencia de haber organizado, junto a otros colegas, las Unidades de Psicoterapia del Hospital (público) del Salvador, del Instituto Psiquiátrico de Santiago (principal hospital psiquiátrico del país), junto al Dr. Rogelio Isla, los psicólogos Fernando Araos y Patricio Lobos, y actualmente la Unidad de Psicoterapia Adultos (UPA) del Servicio de Psiquiatría de la Universidad Católica de Chile, junto con los doctores Ricardo Besio, Rodrigo Aguirre y las Psicólogas Eliana Betancourt y Orietta Echavarrí.

En este desarrollo ha tenido importante influencia la experiencia de haber trabajado en la Unidad de Psicoterapia de la Universidad de Ulm, Alemania, bajo la guía de los Profesores Thomä y Kächele en la década de los ochenta, y el diálogo permanente con el profesor Kächele en sus visitas a Sudamérica.

El objetivo de las unidades de psicoterapia formadas ha sido prestar asistencia con técnicas breves a pacientes consultantes a servicios públicos, ofrecer entrenamiento en esta técnicas a residentes de psiquia-

tría y estudiantes de psicología en práctica e instalar un campo para la investigación clínica y empírica en psicoterapia.

PRIMERAS ENTREVISTAS, INDICACIÓN ADAPTATIVA

Las primeras experiencias de aplicar el criterio de psicoterapias breves en los servicios públicos como los arriba mencionados se encontraron con importantes dificul-

¹ Una versión de este trabajo apareció en el libro: Yoshida, E. y Enéas M.L.(Eds.). Psicoterapias Psicodinámicas Breves: Propostas Atuais. Editorial Alinea, Sao Paulo, Brasil, 2003.

² Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile.

tades. Es así, por ejemplo, que en una evaluación de las atenciones realizada por nuestra Unidad en el año 1989 (De la Parra, Isla, Araos, 1989) se encontró que desertaba un 41% de los pacientes tratados por terapeutas "con experiencia" (más de 3 años de práctica clínica), y un 65% de los pacientes tratados por terapeutas "sin experiencia". Estas cifras se interpretaron como dando cuenta de un importante divorcio entre las expectativas de los pacientes y las expectativas "psicoanalíticas" de los terapeutas. La aplicación evaluada del Manual de Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado de Strupp y Binder (1984) mostró también importantes índices de deserción (sólo un 33% de los pacientes completó el proceso). Se encontró además un resultado paradójico: los pacientes que permanecieron en psicoterapia sí mostraron mejorías significativas en las diferentes pruebas aplicadas; sin embargo, los terapeutas parecían no haber aprehendido las técnicas específicas del manual (De la Parra y Isla, 2000).

Desde una metodología "pronóstica" de indicación (Kächele y Kordy, 2000) se podría decir que en estos casos no hubo un criterio adecuado de selección de los pacientes, o desde uno de los criterios de la así llamada psicoterapia basada en la evidencia no habríamos logrado el adecuado "apareamiento" entre la patología del consultante y la terapia respectiva (para una discusión sobre psicoterapia basada en la evidencia véase Henry, 1998). Sin embargo las enseñanzas derivadas de estas experiencias nos llevaron a encontrarle sentido y hacer nuestro el concepto de "*indicación adaptativa*" desarrolladas por Thomä y Kächele (1989, Kächele y Kordy, 2000). El adoptar la "*indicación adaptativa*" en la forma de trabajar en las unidades de psicoterapia breve desarrolladas por nosotros tuvo profundas repercusiones en el modo de enfrentar al paciente consultante y de llevar adelante las primeras entrevistas y los tratamientos. La descripción que sigue se basa en los textos recién citados y en nuestras propias apreciaciones.

La *indicación adaptativa* significa adoptar una postura flexible frente a la indicación, tomando en cuenta todas las circunstancias que rodean e impregnan al paciente tanto intrapersonales (diagnóstico nosológico, estructura de personalidad, edad, nivel de educación, motivación) como extrapersonales (situación social, lugar donde consulta, disponibilidad de recursos del prestador de salud, etc.). En nuestras unidades sí se le da importancia al diagnóstico nosológico psiquiátrico, pero incluido en el marco de lo que plantea Balint como "diagnóstico total", donde se busca aprehender la situación psíquica del consultante en el sentido más amplio e inclusivo. Se trata, tal como lo refieren los investigadores naturalistas (por ejemplo, Lincoln y Guba, 1985) de utilizar el "instrumento humano" como una herramienta privilegiada

para captar la situación total del paciente. Las primeras entrevistas se conducirán entonces intentando adaptarse a las circunstancias especiales de cada consultante. A diferencia de una indicación pronóstica no trataremos de adaptar al paciente a la técnica que ofrecemos, psicoanálisis, terapia expresiva, manual de Strupp y Binder, etc., sino adaptarnos nosotros a las necesidades de éste. Siguiendo las enseñanzas de Kächele, Thomä, y especialmente Balint, hicimos nuestro un formato interaccional de primera entrevista que se adapta muy bien además al formato de primera entrevista sugerido por Strupp y que implica darle gran significación a los intercambios terapeuta / paciente en el aquí y ahora. Se trata, como lo indica también Bleger (1971) de estructurar un *campo* "interpersonal e intersubjetivo", una relación donde todo lo que ocurre en la entrevista depende de esta relación y del aporte de sus miembros. Nuestro grupo ha seguido así una tradición diádica. En la entrevista nos interesará qué aspecto de la historia del paciente es iluminada desde lo que ocurre en la propia entrevista, en la relación terapéutica y desde la situación desencadenante motivo de consulta y síntomas. Por esta razón hemos venido aplicando el "esquema interaccional" de primera entrevista de Balint (Balint y Balint, 1961, Thomä y Kächele, 1989) que se basa en la psicología de las relaciones objetales. Se trata de observar el proceso bipersonal, "el entrevistador crea una relación entre lo que el paciente relata y el modo como se comporta en la situación analítica, utilizando diagnóstica y terapéuticamente esta relación" (Thomä y Kächele, 1989). Fundamental en esta aproximación es la inclusión de elementos terapéuticos desde los primeros contactos con el paciente. Como dicen estos autores, significa exponer desde el principio al paciente al método que se va a aplicar; ya en los inicios de la relación con el terapeuta el consultante debe experimentar lo que un tratamiento puede llegar a significar para él, por lo que precozmente se realizan señalamientos, intervenciones de apoyo e interpretaciones de prueba. Es así que recién al estar el paciente en conexión con los elementos metodológicos puede ser evaluada su efectividad (Kächele y Kordy, 2000). En resumen, podemos afirmar que la experiencia de trabajo con pacientes que buscan ayuda sin tener mayores expectativas de aquello a lo que vienen, pero con ciertos niveles de urgencia nos ha obligado a apartarnos del modelo clásico sudamericano, proveniente de una tradición argentina: "entrevistas de estudio → indicación → devolución → tratamiento → despedida"; la experiencia mostró que el paciente desertaba durante las "entrevistas de estudio" habiendo obtenido muy poco beneficio de su encuentro con el profesional.

Esta postura ha tenido consecuencias en el tipo de tratamientos ofrecidos en nuestras unidades, en la for-

ma de determinar el foco y en los modelos de cambio terapéutico.

Básicamente, hemos ofrecido tres tipos de atenciones: intervención en crisis (6 a 8 sesiones), psicoterapias breves de apoyo (entre 20 sesiones hasta un máximo de 40 sesiones) y psicoterapias focales breves ("expresivas", véase más adelante). Todo esto en el contexto teórico del continuo expresivo de apoyo y promoviendo un modelo de "pirámide invertida", en el sentido que la gran mayoría de pacientes reciban intervenciones muy breves y, en la medida que se va aguzando la pirámide, un porcentaje menor reciba terapias breves focales y sólo un porcentaje mínimo reciba terapias psicoanalíticas sin fecha de término, ojalá ya en contexto no institucional.

A continuación presentamos el Esquema para Primera Entrevista, adaptado del esquema interaccional de Balint (Balint y Balint, 1961; Thomä y Kächele, 1989) tal como lo hemos venido utilizando en la construcción del foco. Se agrega además el esquema de terminación. Más adelante se ejemplifica con un caso clínico

ESQUEMA PARA PROCESOS DE PRIMERAS ENTREVISTAS (ADAPTADO DE BALINT)

Datos generales

Nombre del Paciente

Nombre del Profesional

Nombre del Supervisor

Fecha de Nacimiento. Edad

Estado Civil. Número de Hijos

Ocupación. Previsión.

Nivel Educativo

Número Ficha. Fecha Primera Entrevista

Dirección. Teléfono.

A. ENVÍO DEL PACIENTE O INTERCONSULTA ¿Qué profesional lo envió? ¿Fue tratado con anterioridad? ¿Por qué? ¿Con qué método?

B. EXAMEN MENTAL Y MOTIVO DE CONSULTA

B.1 *Imagen externa del paciente, forma de presentación, modo de expresarse* (examen mental).

B.2 *Síntomas. Reacción emocional a estos síntomas*
Situación actual de su sintomatología. Historia previa de sus molestias

B.3 *Situación de vida actual*

B.4 *¿Qué llevó al paciente a consultar justo ahora?*
(Situación desencadenante, motivos no conscientes para gatillar la consulta)

C. DATOS BIOGRÁFICOS IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO

Breve reseña de la historia personal y familiar.

D. IMAGEN

D.1 *Imagen de sí mismo* (imagen del self)

D.2 *Imagen que presenta de personas importantes en su vida* (imagen de los objetos)

E. ¿CÓMO SE DESARROLLA LA RELACIÓN PSICOTERAPEUTA-PACIENTE?

E.1 *¿Cómo trata el paciente al psicoterapeuta?* ¿Existen cambios durante la entrevista? ¿Existen cambios desde la primera entrevista a las siguientes? ¿Se pueden concluir de esta conducta estrategias en su vida diaria?

E.2 *¿Cómo trata el psicoterapeuta al paciente?* ¿Existen cambios durante la entrevista? ¿Estaba el psicoterapeuta interesado en los problemas del paciente? ¿Cree poder ayudarlo?

F. MOMENTOS IMPORTANTES DE LA ENTREVISTA

Desarrollo de los acontecimientos ocurridos como resultado de la transferencia y la contratransferencia y/o de la interacción.

Comunicaciones o expresiones emocionales llamativas, omisión de algún tema, de alguna persona, de alguna etapa de la vida, etc.

¿Qué interpretaciones se hicieron durante las entrevistas y cuáles fueron las reacciones del paciente?

G. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

G.1 *¿Cómo se manifiesta la alteración o los principales problemas en la vida del paciente?*

Nombrar síntomas y su presencia en distintos ámbitos (laboral, familiar, conyugal, etc.). Áreas de la vida del paciente no afectadas por su perturbación. Fortalezas y debilidades del yo (recursos y dificultades).

G.2 *Posible significado psicodinámico de la alteración (FOCO)*

G.3 *Indicación del tipo de Terapia*

G.4 *Próximos objetivos* ¿Cuál es para el psicoterapeuta el síntoma más relevante que va a intentar manejar primero? ¿Cómo podría este tratamiento influir sobre otros síntomas? Planes en cuanto a frecuencia y duración de la terapia.

G.5 *Riesgos Posibles del Tratamiento*

H. DIAGNÓSTICOS PRELIMINARES

Primera aproximación al diagnóstico estructural
Diagnóstico sindromático. Ejes.

I. PLAN TERAPÉUTICO (CONTRATO)

¿Qué se acordó con el paciente?

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA Y TERMINACIÓN

- A. Descripción de la psicoterapia (tipo)
- B. Cambios en los síntomas
- C. Cambios en las relaciones interpersonales
- D. Desarrollo de la dinámica del conflicto y situación de transferencia
- E. Evaluación final.

El continuo expresivo-de apoyo

Tal como lo afirmamos en otra parte (De la Parra, 2000), la experiencia clínica, más lo que se ha ido decantando en años de investigación empírica en psicoterapia, ha demostrado que en el campo de las terapias psicoanalíticas son dos los factores de cambio más importantes: uno es el llamado "insight" (autocomprensión intuitiva y emocional (Sandler, Dare y Holder, 1993) frecuentemente como respuesta a una interpretación por parte de un profesional en función terapéutica, y el otro son los factores de la relación de la díada terapeuta-paciente que cataliza cambios en autoestima, funcionamiento yoico, relaciones interpersonales, etc. A una terapia más cercana al polo de "insight" se la ha llamado "expresiva" en cuanto busca la "expresión" de los sentimientos ocultos no conscientes del paciente. Una terapia más cercana a la promoción sistemática del mejoramiento de la relación terapéutica la llamaremos de apoyo, aunque esto no agota la definición y los objetivos propios de la psicoterapia psicoanalítica de apoyo. De acuerdo a Gabbard (1994) y a nuestra propia experiencia, constantemente, en distintos momentos en un mismo paciente y a través de diferentes pacientes, dependiendo de la indicación, nos movemos entre los polos del continuo expresivo-de apoyo. En las siguientes descripciones clínicas queremos dar cuenta del "armamentarium" de que debiera disponer el terapeuta que trabaja en nuestras unidades para estar en condiciones de establecer indicaciones adaptativas.

Polo expresivo y foco

No detallaremos aquí todas las características del polo expresivo y su trasfondo teórico, ya que comparte las cualidades de la situación analítica estándar en psicoanálisis y en terapia psicodinámica. Sin embargo vale la pena recalcar algo que puede parecer de Perogrullo, y es que, desde nuestra perspectiva "adaptativa," cada elemento de la situación analítica como tipo de encuadre, uso o no de la abstinencia y neutralidad como elemento técnico, frecuencia y duración de las sesiones y de la te-

rapia, se hará de acuerdo a los contextos que manifestábamos antes, pero, sobre todo, en aras del paciente, adaptándose a las necesidades de éste. De nuevo, eso significa no buscar al paciente que "calce" con nuestra teoría o técnica, neutral por ejemplo, sino que la técnica se adapte a éste. Vale la pena repetir lo manifestado en el capítulo citado más arriba: "...la psicoterapia dinámica se instala dentro de una relación específica de ayuda; la técnica enmarcada en la situación terapéutica dinámica buscará preservar esta relación y llevarla adelante a través de las resistencias y las distorsiones de la transferencia, guiada por la observación de ésta y la autoobservación de la contratransferencia del terapeuta. Un encuadre estable como primera aproximación permite idealmente la presencia de una línea base, un campo de referencia sobre el cual se desplegará la sintomatología y el carácter del paciente" (De la Parra, 2000), pero luego distintos aspectos de este encuadre (neutralidad, por ejemplo) podrán adaptarse a la circunstancia específica del consultante. La teoría del cambio en el polo expresivo tiene que ver con el *insight*; se crece a través del autoconocimiento. Se trata de llevar a la expresión, develamiento, del conflicto que se ha decantado eventualmente en el foco, permitiendo la integración de los elementos no conscientes del conflicto focal, con el objeto de colonizar nuevas áreas de la mente. La principal herramienta técnica será la interpretación, donde los demás elementos técnicos (señalamientos, confrontaciones, preguntas) apuntalarán esta intervención. Tendrán indicación de una terapia con énfasis expresivo aquellos pacientes que muestren: alta motivación para entenderse a sí mismos; que presenten un nivel de sufrimiento significativo que interfiere con la vida y que justifique los rigores del tratamiento; que tengan capacidad de hacer regresión, renunciando al control de sentimientos y emociones y que posean luego la capacidad de recuperarse; que presenten además tolerancia a la frustración, capacidad introspectiva, prueba de realidad conservada, relaciones objetales significativas y duraderas en su pasado, control de impulsos medianamente conservado, capacidad para trabajar o estudiar, y que posean capacidad de abstracción y de entender metáforas y analogías. Estos criterios tan exigentes se refieren lógicamente a un extremo en el polo expresivo que prácticamente no se da en la realidad.

Foco. Extraemos la información para la construcción del foco del Esquema de Primera Entrevista de Balint, mostrado más arriba. Pensamos que motivo de consulta, situación desencadenante, datos biográficos e interacción terapeuta-paciente deben intentar articularse y dar sentido en la confección del foco. Siguiendo las

enseñanzas de Malan (1983, 1976, citado por Sánchez-Barranco Ruiz y Sánchez-Barranco Vallejo, 2001) proponemos que para formular el foco idealmente debe existir un conflicto actual circunscrito, un conflicto nuclear del pasado y una relación congruente entre ambos. El paciente debe mostrar durante las entrevistas una buena respuesta a la interpretación de prueba en forma de un aumento en el "rapport" e *insight*.

A continuación se ejemplifica en un caso supervisado el uso de la ficha y la confección del foco. Tal como lo plantean diversos autores y nuestra propia experiencia, un foco no se construye completamente y de una sola vez en las primeras entrevistas. Así, por razones didácticas, incluimos en la confección del foco del siguiente caso también aquellos antecedentes que surgieron en el curso de la terapia.

Datos generales

Terapeuta: mujer joven psicóloga en práctica³
 Nombre: Margarita
 Edad: 33 años
 Estado Civil: casada, 2 hijos varones de 11 años y 9 años
 Dirección: Barrio Estación Central
 Ocupación: dueña de casa
 Previsión: asegurada, independiente
 Nivel Educ.: secundaria completa

A. ENVÍO DEL PACIENTE O INTERCONSULTA

Enviada por médico de consultorio periférico donde acudió principalmente por dolores abdominales difusos, además de ansiedad, nerviosismo e irritabilidad. Allí fue tratada con benzodiazepinas en dosis bajas sin resultados.

B. EXAMEN MENTAL Y MOTIVO DE CONSULTA

B.1 *Imagen externa del paciente, forma de presentación, modo de expresarse.*

Delgada, mediana estatura, vestida sobriamente, sin maquillaje. Desde el primer momento denota intensa angustia: incapaz de hilar una frase sin ponerse a llorar. Nivel de angustia se modifica poco durante la entrevista. Adecuada concordancia ideoafectiva, no hay elementos patológicos en el funcionamiento cognitivo. No hay patología psiquiátrica grave.

B.2 *Síntomas. Reacción emocional a estos síntomas.*

Relata estar angustiada e irritable. Dice: "aunque hace tiempo que estoy nerviosa, siento que ahora se me rebalsó el vaso, lloro por todo, quizá es en parte hereditario porque mi mamá estuvo hospitalizada en el *Peral* (hospital psiquiátrico), tiene una esquizofrenia, temo que mis nervios me lleven a lo mismo.... siento que desde mi niñez la enfermedad de mi madre me dejó secuelas".

Los síntomas mencionados tienen 5 meses de evolución. Además se queja de diversos síntomas físicos que datan desde hace aproximadamente 2 años: dolores abdominales y adormecimiento del lado izquierdo del cuello. Se le diagnosticó colon irritable de tipo espástico.

Muestra comprender el origen psíquico de sus síntomas cuando comenta que sabe "que son mis nervios los que me tienen así".

B.3 *Situación de vida actual.*

Vive con marido (chofer de bus), 2 hijos y la suegra de 85 años que tiene deterioro psico-orgánico con frecuentes fugas. La paciente ejerce funciones de dueña de casa teniendo que cuidar a la suegra y preocuparse de su madre esquizofrénica que vive en otra casa vecina con un hermano menor.

B.4 *¿Qué llevó al paciente a consultar justo ahora?*

Los síntomas crónicos se inician hace 2 años en relación a la hospitalización de la madre. Siempre se habría hecho cargo de los problemas de la familia pero ahora se le ha hecho intolerable. Además hace un año y medio muere el padre (lo que significa estar más a cargo de la madre) y hace 1 año muere el abuelo, la única figura protectora de su infancia, quedando en una situación de mayor indefensión.

Más adelante relata que el marido atropelló en su bus a una anciana que quedó hospitalizada, herida de gravedad. La paciente se involucra intensamente en los aspectos judiciales del accidente, visitando además frecuentemente a la anciana en el hospital. El inicio de los síntomas más agudos coincide temporalmente con este accidente del marido.

C. DATOS BIOGRÁFICOS IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO

Segunda de 3 hermanos. Nacimiento no deseado por el padre; al negarse la madre a hacerse aborto, el padre abandona el hogar por 6 meses. Infancia con mala situación económica. La madre habría estado siempre incapacitada por su enfermedad

³ Agradezco a la Psicóloga Verónica Wigdorsky la autorización para la publicación de este caso clínico.

mental para ejercer sus funciones en el hogar, por lo que la paciente habría tenido que asumirlas desde temprana edad.

Recuerda los castigos, "arrastrada por el pelo" por motivos injustificados o inexistentes.

Vivía junto a ellos el abuelo paterno con quien tenía una relación cercana y cálida. Fue la única de los 3 hermanos que completó educación secundaria. Tuvo una sola relación de pareja con su marido actual, comenzando cuando ella tenía 17 y él 22.

D. IMAGEN

D.1 *Imagen de sí mismo*

Aparece como responsable, cumplidora con capacidad ejecutiva.

De sí misma dice: "soy el hada madrina que les soluciona los problemas a todos"; "creo que desde siempre he sido la persona que hace los favores"; "siempre he sido responsable, tengo como una escuela de paciencia". Se advierte resentimiento en su autodescripción. Se describe además como tímida y de pocas amistades.

D.2 *Imagen que presenta de personas importantes en su vida*

Padre: "Arreglaba todo a gritos, fue un papá de nombre solamente porque se preocupaba muy poco de nosotros, no le importaba si nos iba bien o mal, ni siquiera se preocupaba de mi madre".

Madre: "Ella era una mujer enferma, esquizofrénica, nunca fue capaz de tomar el rol de madre. Con ella jamás conté para nada, se han dado vuelta los papeles, ella es como mi hija".

Abuelo paterno: "Fue mi papá realmente, fue el que se preocupó por nosotros".

E. ¿CÓMO SE DESARROLLA LA RELACIÓN PSICOTERAPEUTA-PACIENTE?

E.1 *¿Cómo trata la paciente al médico?*

Al principio se presenta congraciativa y dependiente respecto al terapeuta. Da la impresión de querer mostrarse como buena, valiosa, con sentimientos predominantemente positivos pero esta actitud hace que la terapeuta se sienta exigida y luego descalificada.

E.2 *¿Cómo trata el médico a la paciente?*

La terapeuta tendía a asumir, por una parte una actitud protectora, pero también imponerle situaciones difíciles, como citarla en horario incómodo; la paciente no decía nada, una vez más mostrando un modo sobre-adaptado de relacionarse. Transfiere un objeto abusador.

En todo caso genera en el terapeuta interés y ganas de ayudarla.

Esto es reforzado por el hecho de que la paciente se muestra capaz de trabajar y sacar provecho de las observaciones que se le hacen.

Contribuye su propia conciencia del origen psíquico de sus alteraciones.

Alta motivación al cambio.

F. MOMENTOS IMPORTANTES DE LA ENTREVISTA

Si bien llora, muestra permanentemente una sonrisa congraciativa con la terapeuta.

Con el fin de explorar el grado de conciencia de sus emociones se le menciona la posibilidad de que existan otros sentimientos difíciles frente a la situación de desamparo que relata de su infancia y a la inversión de los roles madre-hija. En un primer momento dice sentir no más que lástima y cariño hacia su familia, pero luego dice: "a lo mejor, una a veces se confunde con lo que siente".

G. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

G.1 *¿Cómo se manifiesta la alteración en la vida del paciente?*

Es probable que las precoces situaciones de abandono y maltrato que sufrió la paciente se asociaron a dolor y sentimientos de hostilidad principalmente hacia la madre (ya que tenía padre sustituto en el abuelo). Lo conflictivo de estos sentimientos la hace reprimir la hostilidad convirtiéndola en una persona con un carácter sobreadaptado usando como defensa la formación reactiva.

Esto sin embargo le impide ponerle límites a los demás que se aprovechan de ella, aumentando la hostilidad.

G.2 *Posible significado psicodinámico de la alteración (FOCO)*

La paciente inicia los primeros síntomas cuando le toca hospitalizar a su madre lo que genera sentimientos de culpa y ambivalencia por el deseo soterrado de aliviarse de su presencia. A la vez en ese momento debe hacerse cargo de la suegra, también con enfermedad mental, lo que mantiene el conflicto en ebullición a fuego lento al repetir su historia. Finalmente, la descompensación aguda ocurre asociada al atropello por parte del marido de una anciana, a la que ella se siente obligada a visitar en el hospital; presionada por sus sentimientos de culpa que a su vez recubrían los deseos hostiles respecto a la figura materna.

y al deseo de deshacerse de ella. Así, el sentimiento oculto de hostilidad hacia la madre es reactivado con este atropello. Se focaliza la situación en torno al conflicto con la madre y el sistema defensivo de la formación reactiva. *Se advierte cómo en este caso se cumplen las indicaciones de Malan en el sentido de que el conflicto actual reactiva un conflicto nuclear del pasado.*

G.3 Indicación del tipo de Terapia

Se indica una psicoterapia breve de 20 sesiones, focal, de predominio expresivo, dados los recursos de la paciente para trabajar con esta técnica

G.4 Próximos objetivos

1. Contener a la paciente en la angustia.
2. Mostrar formación reactiva que aumenta hostilidad e ir aceptando sentimientos de rabia frente a personas de su entorno actual, lo más cercano a la conciencia.
3. Estar atento a la aparición de estos elementos en la transferencia.
4. En el curso de la PT la paciente debería tomar conciencia de su rabia frente a las figuras parentales, especialmente la madre, aprendiendo a manejar la agresividad en forma más adaptativa.

G.5 Riesgos Posibles del Tratamiento.

Estar atento al fin de la psicoterapia por aparición de sentimientos de abandono.

H. DIAGNÓSTICOS

- I. Trastorno de Ansiedad Generalizado
- II. Personalidad con rasgos depresivos
- III. Colon irritable

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA Y TERMINACIÓN

- A. DESCRIPCIÓN DE LA PSICOTERAPIA (TIPO): se realizó efectivamente una terapia expresiva focal que duró 20 sesiones (incluyendo las entrevistas). Se utilizó la transferencia como una forma de ejemplificar su funcionamiento sometido con un alto costo para su salud mental y relaciones interpersonales.
- B. CAMBIOS EN LOS SÍNTOMAS: la angustia e irritabilidad disminuyeron paulatinamente en la medida que se iban vinculando éstos con su vida emocional. En las últimas sesiones hay un moderado recrudescimiento de los síntomas, que la paciente explicita como angustia frente al término de la terapia.

C. CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES: si bien no relató al principio dificultades en la pareja, describe una mejoría significativa en la relación con su marido (¿al alejarse de los objetos primarios, como producto de la terapia?). Pudo tomar distancia con la suegra y permitir contratar una persona que la cuide. Aparecen quejas hostiles explícitas respecto a la madre.

D. DESARROLLO DE LA DINÁMICA DEL CONFLICTO Y SITUACIÓN DE TRANSFERENCIA: al principio de la terapia la paciente, en una actitud más pasiva, pide medicamentos para liberarse de la angustia. A poco andar esta demanda desaparece. Ante un atraso de la terapeuta la paciente se somete y se muestra "comprensiva". Luego puede reconocer cómo le interfiere en su rutina este atraso. Al hacerse la paciente cargo de todo, la terapeuta se siente inútil y descalificada. Se le muestra que desea ser ayudada pero, a la vez, no se deja ayudar. La paciente empieza a ser consciente de cómo se descuida como mujer (dando cuenta de su mala relación con la madre interna), y comienza a maquillarse, vestirse mejor, etc. El marido empieza a interesarse en el proceso, contrata a una persona para que cuide a la suegra de la paciente. Empiezan a aparecer sentimientos ambivalentes con la madre. Hacia el final de la terapia se le "olvida" asistir a una sesión; como respuesta a una interpretación reconoce estar afectada por el fin de la terapia. Lloró la muerte de su abuelo. Se hace necesario agregar tres sesiones más para elaborar la separación.

E. EVALUACIÓN FINAL. Se trata de un proceso terapéutico exitoso de una terapia breve en una paciente con recursos para trabajar con técnicas expresivas. Parte del éxito terapéutico tiene que ver, como decíamos, con la condición que plantea Malan en el sentido que el conflicto focal actual tenga una relación de contenido con el conflicto original infantil.

LA INTERVENCIÓN EN CRISIS COMO UN PUNTO MEDIO DEL CONTINUO EXPRESIVO-DE APOYO

Siguiendo con la descripción del "armamentarium" utilizado en nuestras unidades de terapia breve describiremos la Intervención en Crisis. Si bien, como lo plantea Sifneos (1980), dependiendo de la indicación, toda terapia puede ser clasificada "más bien" como supresora de ansiedad (de apoyo) o "más bien" provocadora de ansiedad (expresiva), es difícil pensar que una intervención en crisis no tenga importantes elementos

de apoyo, por lo que ubicamos esta intervención de 6 a 8 sesiones de duración en un punto medio entre los polos expresivos y de apoyo (véase más adelante para las técnicas específicas de este polo). El marco teórico que respalda las intervenciones en Crisis que realizamos en nuestras Unidades de Psicoterapia es, además del psicodinámico, la teoría de la crisis según la ha descrito Caplan y la han desarrollado, entre muchos otros en el medio psicoanalítico, Jacobson (1979) y Sifneos (1980).

En este contexto, crisis se define como la reacción psicológica a una situación desencadenante o de amenaza, que se caracteriza por un estado de conmoción emocional, de desorganización interna, acompañado de sentimientos de desesperación y angustia que al ser intolerables llevan a la persona a realizar diferentes medidas de manejo. Así, por ejemplo, una separación matrimonial no es la crisis sino la reacción emocional a esta situación. Importante es recalcar aquí que esta conmoción tiene un gran poder regresivo, por lo que la persona tenderá a mostrar un funcionamiento más primitivo recurriendo también a defensas primitivas. Este estado regresivo hace que la persona se sienta muy necesitada de ayuda y, por lo tanto, muy sensible a las intervenciones terapéuticas. La regresión de la crisis explica la cualidad que se le atribuye de "oportunidad y peligro": oportunidad de recibir una ayuda significativa y/o de aprender de la experiencia y así funcionar luego de la crisis a un nivel mejor que previamente, y peligro de caer en la enfermedad y el deterioro. Se trata entonces de un sujeto con un equilibrio previo que al enfrentar una situación desencadenante de amenaza y/o traumática, fracasa en el uso de los mecanismos usuales de manejo y adaptación, lo que lo hace caer en crisis. Una vez que el sujeto está en crisis recurrirá a nuevos mecanismos de manejo que pueden ser conductas (el sujeto que se acaba de separar y se va por un tiempo a vivir con un amigo de confianza) o mecanismos de defensa psicológicos (negación, represión, proyección, acting, etc.). Los mecanismos de manejo pueden ser adaptativos, lo que permitirá salir de la crisis y lograr por lo menos el equilibrio previo, o maladaptativos. Si son maladaptativos el sujeto puede estabilizarse en la patología (por ejemplo hacer una depresión, un cuadro ansioso crónico, síntomas somáticos o un duelo patológico) o no estabilizarse, cayendo en una nueva crisis que lo obligue a nuevos mecanismos maladaptativos que gatillan una nueva crisis pudiendo llegar incluso al suicidio. Esta reacción natural, el intento urgente de manejar la crisis, hace que éstas sean autolimitadas en el tiempo. Diversos autores hablan que una crisis no dura más de 6 a 8 semanas (ya

sea que salga hacia el equilibrio previo o hacia la patología), por lo tanto las intervenciones deben ser lo más precoces posible una vez iniciada ésta, y no necesitan durar más de 6 a 8 semanas.

El objetivo del tratamiento será, al menos, devolver al paciente al equilibrio previo o dejarlo en un mejor nivel de funcionamiento. Lo primero en la terapia es evaluar los riesgos suicidas y homicidas. Luego evaluar la profundidad sintomatológica de la crisis (si requerirán medicamentos, etc.) y la situación desencadenante con la significación específica de ésta para este paciente en particular. Según Jacobson (1979), es frecuente que el evento desencadenante se olvide, oculto en la angustia y la sintomatología, por lo que muchas veces la intervención se inicia con una labor "detectivesca", revisando día a día con el paciente el momento en que enfermó para así descubrir este evento. De esta manera se van desplegando los elementos técnicos de la terapia de crisis (elementos de apoyo): cuidado permanente de la autoestima, comprensión cognitiva de la secuencia de acontecimientos que llevaron a la crisis, reduciendo la inundación emocional a las diferentes áreas de funcionamiento construyendo barreras alrededor de la crisis (apoyo a funciones yoicas en un paciente en estado regresivo). Dentro de las técnicas expresivas está el permitir la catarsis, reconocer y denominar los afectos, interpretar el significado específico subjetivo de la situación desencadenante y las defensas maladaptativas. En el fondo, el tratamiento consiste en hacer el camino de vuelta desde la regresión a un funcionamiento más maduro. En el trabajo de Sifneos, citado más arriba, éste especifica el perfil de pacientes que tienen indicación de técnicas supresoras y provocadoras de ansiedad y los manejos respectivos (técnicas supresoras): para pacientes caracterizados porque no han alcanzado el nivel suficiente para enfrentar vicisitudes propias de la vida, tienen relaciones interpersonales caóticas; vínculos frágiles, alto niveles de angustia; síntomas graves, sufriendo una importante descompensación en la crisis. El tratamiento se caracteriza por: actuar rápido, utilizar todos los medios disponibles (fármacos, hospitalización, etc.), uso de técnicas como: refuerzo, sugestión, manipulación ambiental. Como dice él, el "terapeuta trabaja mucho".

Las técnicas provocadoras de ansiedad serían las indicadas para aquellos pacientes de buen nivel de funcionamiento con dificultades neuróticas en que toleran más ansiedad y que están motivados para superar la crisis y además entender. En el tratamiento se considera que parte del conflicto está sumergido por las defensas y que develarlo provocará ansiedad. Por lo tanto las téc-

nicas típicas son: clarificación, confrontación, interpretación; y como dice el autor, "el terapeuta y el paciente trabajan a la par".

Este marco de trabajo de intervención en crisis, especialmente para aquellos casos en que ya en la interconsulta de derivación se advierte el perfil de crisis con una situación desencadenante distinguible, ha permitido ayudar a un importante grupo de pacientes como se ilustra en el ejemplo que sigue.

Datos Generales⁴

Nombre: Sofía

Edad: 33 años

Estado Civil: Casada, 3 hijos de 9, 7 y 6 años.

Nivel Educ.: Enseñanza Superior Completa. Quinesióloga con postgrado. Trabaja evaluando proyectos para institución estatal.

- B. ENVÍO DE LA PACIENTE E INTERCONSULTA (PROCESO DE DERIVACIÓN)
Habría presentado los síntomas angustiosos en relación a conflictiva laboral ya en el año 1997, donde el médico internista le diagnostica una anemia. En julio 2002, frente a una nueva sintomatología es tratada por el médico del trabajo como Trastorno Adaptativo, presentando síntomas somáticos como prurito en cara y cuello, hiperventilación y taquicardia, lo que la llevó a consultar al cardiólogo, el que finalmente la deriva a profesional de salud mental
- C. MOTIVO DE CONSULTA INICIAL, SÍNTOMAS (FECHA Y MODO DE INICIO), REACCIÓN EMOCIONAL
Consulta por conflictos con el jefe directo: "Quiero ser más autosuficiente y manejar la situación que me angustia. Mi problema es que trabajo sólo con hombres y uno de mis compañeros (que en realidad es su jefe) me devalúa". Esto provocó, a partir de julio de 2002, la sintomatología somática y angustiosa arriba mencionada.
- D. IMAGEN EXTERNA DEL PACIENTE, FORMA DE PRESENTACIÓN, MODO DE EXPRESARSE (EXAMEN MENTAL)
En la primera entrevista llama la atención su aspecto de muchacho, presentándose con buzo, sin maquillaje, muy angustiada, con labilidad emocional y desanimada. No hay alteraciones en el curso formal del pensamiento, hay una adecuada concordancia ideoaffectiva.

- E. EVENTO DESENCADENANTE, ¿QUÉ LLEVA A LA PACIENTE A CONSULTAR JUSTO AHORA?

El evento que desencadena la crisis es un conflicto con un compañero de trabajo jerárquicamente superior. Estos problemas se inician en 1997 y hacen crisis hacia julio del año 2002. "Un día lunes paso por la oficina de mi jefe a saludarlo, él empieza a increparme diciéndome que había una nueva distribución en la federación y que otra persona asumirá algunas de las funciones que yo ejercía... (yo encontraba que) esta otra persona no tenía la capacidad para realizar mi trabajo. (Mi jefe me dijo además...) que asignarían a otro profesional pues él no podía con mi carácter".

- F. SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL

Vive con el marido, los dos hijos y una empleada. En la casa tiene un estilo de funcionamiento como proveedora, más "masculina", también en el sentido de la poca expresividad emocional y afectiva. El marido ha tomado estos roles siendo el que está más cercano a los niños dándoles mayor expresión a los sentimientos.

- G. CONDUCTAS DE MANEJO DESARROLLADAS POR LA PACIENTE ANTES DE CONSULTAR

Consulta al médico del trabajo, el que le da unos días de licencia. Antes de tomar los días de licencia deja todo preparado para que su ausencia no afecte el trabajo.

Intenta aceptar la actitud de su jefe poniendo todo de su parte para lograr un entendimiento.

Solicita que la trasladen, lo que no es posible debido a que no hay otro puesto adecuado para ella. Esto implicó el mantenerse en su lugar de trabajo actual. Mantiene un estilo de relación competitivo y muy eficiente con sus compañeros de trabajo, donde se siente devaluada y demandada y con una necesidad de demostrar "que se la puede" y que lo hace a la perfección.

- H. ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS RELEVANTES

Es la penúltima hija de siete hermanos. Define a sus padres como papá muy machista y mamá sumisa. Es abusada sexualmente por hermanos mayores y primos cuando tenía 5 años de edad. Los padres la dejan viviendo con sus abuelos porque no podían hacerse cargo de todos los hijos debido a problemas económicos.

De niña robaba en forma evidente, para, según relata, llamar la atención y ser castigada: "bueno, así se preocupan por mí".

⁴ Agradezco a la Psicóloga Sandra Droguett su colaboración con este caso.

Tuvo una pareja con la que concibió su hijo mayor; refiere que esa relación se produjo por la necesidad de sentirse querida. Esta persona la abandona cuando se entera que está embarazada. Su esposo actual se casa con ella en estas condiciones aceptando ser padre adoptivo de este niño. Refiere que en el año 2000 sufrió dos pérdidas: una hermana se ordena como monja de claustro y una amiga muere de cáncer.

I. RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN INICIAL

Diagnósticos (de derivación): Eje I Trastorno Depresivo Mayor; Eje II Obs. ¿Trastorno de Personalidad? Rasgos obsesivos; Eje III anemia.

Diagnóstico Psicológico: Se trata de una paciente que al enfrentar conflictos laborales con una autoridad masculina, sólo un poco mayor que ella, cae en una crisis con sintomatología psicológica (depresiva y angustiosa) y somática (excema, taquicardia, disnea). Como antecedente tienen importancia su carácter "masculino" y competitivo con los hombres y haber sido traumatizada en la infancia por hermanos, primos y posiblemente por el padre por sus actitudes autoritarias.

La crisis aparece entonces como una reactualización de estas situaciones traumáticas, al competir con estos jefes hombres un poco mayores, similar a hermanos mayores; se siente derrotada, aplastada y por lo tanto retraumatizada, generándose angustia, desazón y rabia soterrada.

Indicación: 6 sesiones de Intervención en crisis.

J. RESUMEN DEL TRATAMIENTO

Se realizan efectivamente 6 sesiones.

Foco trabajado: se buscó darle sentido a la crisis como crisis vital, integrando el abuso como elemento comprensivo en forma cognitiva, relacionándolo con su interacción con los hombres, generándole la sensación de sentirse abusada y operando con las mismas armas para defenderse.

Se rescatan y refuerzan sus aspectos femeninos, con lo que la paciente va aprendiendo por sí sola a cuidarse, protegerse y regalarse.

Evolución de la paciente: Siguiendo las sugerencias de Jacobson (op.cit.) de un trabajo centrípeto, de lo más general a lo más específico, delimitando y reduciendo los "bordes" de la crisis y yendo además de lo cognitivo a lo emocional, se comenzó con una comprensión cognitiva de la relación del conflicto actual con el pasado. Cuando empiezan a aparecer los primeros logros se le muestra de manera racional y reforzadora (elementos de apoyo) el que co-

mience espontáneamente, por ejemplo, a vestirse en forma más femenina, usando vestidos, faldas y maquillaje. Se refuerza también el hecho que empieza a preocuparse de su bienestar, llega a la casa a descansar y no a ponerse al día con los trabajos pendientes. En lo emocional la paciente empieza a reconocer celos con la empleada de la casa por cómo es tratada por el marido, dando cuenta de su "feminización": rivalidad con la mujer por el hombre. Aparecen actividades que la gratifican, como trabajar en el jardín; se sorprende a sí misma abrazando con ternura una muñeca de su hija.

Estos cambios emocionales y cognitivos se reflejaron en logros adaptativos: como volver al trabajo con un nivel de autoexigencia mucho más bajo, haciendo lo que corresponde para el día y no anticipándose a otras cosas que no son relevantes en el momento. Empieza también a pedir y expresar lo que necesita y lo que le molesta con su marido y en su trabajo. Hacia el final se refuerzan logros y cambios, los que la llevaron a la estabilización en su estado emocional y permitió que asumiera y elaborara experiencias y conflictos del pasado. Se refuerza también el logro de permitir que aflore su parte de niña femenina.

Si bien una evolución tan favorable como la presentada es más bien infrecuente que usual, donde el nivel de funcionamiento post intervención en crisis es muy superior al anterior, subraya la afirmación de cómo una crisis es también una oportunidad de crecimiento y de evitar la iatrogenia. Si esta paciente no hubiera sido tratada psicológicamente habría recibido un tratamiento médico tras otro con el consiguiente gasto de recursos.

EL POLO DE APOYO

La psicoterapia de apoyo, a pesar de ser la Cenicienta de las terapias psicoanalíticas, ha ido recibiendo respaldo desde diferentes vértices. Así, desde la investigación empírica no está de más citar otra vez el trabajo de la *Clinica Menninger* de Wallerstein (1986): "42 vidas en Tratamiento: un estudio de Psicoanálisis y Psicoterapia", donde concluye que los resultados obtenidos por terapias analíticas expresivas (incluyendo psicoanálisis clásico) son indistinguibles de los cambios producidos por técnicas de apoyo y que todos los tratamientos analizados incluyen técnicas de apoyo, cualquiera sea la intención inicial del terapeuta.

Esto está en consonancia con otros autores como Luborsky (1984), Rockland (1989), De Johnge, Rijnierse y Janssen (1994), quienes le han dado a la psicoterapia

psicoanalítica de apoyo una identidad propia, con una teoría de la técnica, teoría del cambio e indicación específicas.

Como respaldo clínico teórico nos hemos basado en los trabajos de De Johnge y colaboradores (1994) que plantean una aproximación histórica al pensamiento psicoanalítico. A la teoría psicoanalítica clásica a la que subyace un modelo "neurótico de la mente" con la teoría del conflicto: impulso ("sentimiento oculto")-angustia-defensa; le seguiría, según estos autores, una teoría que llaman "post-clásica". Esta incluye un modelo de desarrollo infantil donde las personas que están a cargo del infante humano tienen gran importancia en su desarrollo pero pueden ser potencialmente dañinas dando lugar a experiencias traumáticas que dejan fallas, al modo de fallas geológicas, en la estructura básica de la mente del individuo. Aquí la patología no depende del conflicto sino de la detención o falla en el desarrollo por alteraciones en la relación primaria. Ya no estamos frente a un funcionamiento neurótico de la mente sino a un funcionamiento arcaico, más primitivo en pacientes más alterados. Este funcionamiento arcaico de la mente determinará tanto la relación terapéutica, la técnica a utilizar, el proceso terapéutico y los objetivos.

Respecto a la relación estos autores distinguen 4 elementos: a) transferencia; b) relación de trabajo o alianza terapéutica; c) relación real y d) relación primaria. Esta última corresponde a los primerísimos estadios del desarrollo infantil. Son etapas preverbales, en que el infante no está en condiciones de considerar al otro. Esta relación primaria observada en el adulto, muestra a un paciente con una tendencia a simbiotizarse con el otro, a no verlo como distinto, a utilizarlo como utiliza el bebé a su madre.

Es así que la relación primaria tendería a recubrir todos los otros aspectos de la relación: va a ser difícil distinguir un escenario interpersonal como repetición (transferencia), no va a existir un yo observador que se alíe con la mirada del terapeuta (alianza de trabajo) y acuerdos, como por ejemplo respecto al encuadre y forma de trabajar (relación real) se verán continuamente interferidos por deseos más primitivos.

Todo esto lleva a pensar en una técnica específica para este tipo de pacientes.

A diferencia de los pacientes "más altos" en que la relación real y sobretodo la alianza terapéutica están dadas, se dan por hechos, gracias a las relaciones objetales contenedoras no traumáticas en el pasado del paciente, en estos otros pacientes todo está por construirse a través de la relación en el marco de técnicas específicas que propendan al desarrollo de una relación reparatoria, una experiencia emocional correctora.

La posibilidad de que la terapia de apoyo se convierta en una experiencia emocional dentro de la relación terapéutica pasa necesariamente por el manejo de la NEUTRALIDAD. Esta decisión estratégica implica que el terapeuta, como en un escenario teatral, sale de las sombras de la neutralidad para plantarse frente al paciente. En la terapia de *insight* la voz del terapeuta que se escucha en *off* permite el despliegue de las fantasías del analizando llenando la penumbra con la transferencia. En el caso de la terapia de apoyo, el terapeuta se pone bajo el cono de luz al lado del paciente para ser visto por éste como objeto real. El terapeuta ya no estará, como dice Kernberg (2000), equidistante entre los requerimientos del ello, del yo, del superyo y de la realidad sino que tomará partido por una de estas instancias teniendo en mente las salidas más adaptativas o constructivas para el paciente. Dos pies sostienen la terapia y están dados por la emoción y la cognición; la emoción dentro de la relación objetal, la cognición para "mostrar" al paciente las consecuencias de sus defensas maladaptativas, mostrar la acción de sus relaciones patológicas internalizadas como se dan con el terapeuta y "exportarlas", como dice Kernberg, al espacio extratransferencial.

Para De Johnge la psicoterapia de apoyo es capaz de provocar cambios estructurales por un sendero diferente a la terapia de *insight*. Técnicamente distinguen:

- Actitud de apoyo: contenida en cualquier relación de ayuda, terapeuta, amigo, cura, médico.
- Intervención de apoyo: intervenciones discretas en determinado momento, como por ejemplo un comentario reasegurador.
- Técnica de apoyo: aplicación sistemática y coherente de intervenciones de apoyo.

Cualquiera puede hacer una intervención de apoyo, pero esto no será guiado por una estrategia sistemática basada en una teoría analítica de la técnica. El apoyo será psicoanalítico "cuando inspirado en la teoría psicoanalítica gratifica algunas necesidades arcaicas o propende a sus represión" (De Johnge *et al.*, 1994). Se reemplaza así la interpretación sistemática por intervenciones que incluyen: sugestión, abreacción, recordar buen funcionamiento anterior, confrontación respecto a conductas peligrosas, desincentivar defensas o conductas maladaptativas, etc. Todas estas intervenciones confirmatorias y validantes que se entregan llevando un monitoreo de la autoestima del paciente se dan en sintonía con éste, así como se sintoniza la madre con las necesidades del bebé.

En nuestra experiencia, cuando establecemos la indicación de terapia de apoyo, en una primera fase nos

abocamos a construir junto con el paciente una base de relación desde la que se operará. Desde allí intentamos ir construyendo el proceso parado sobre los dos cimientos mencionados: las funciones yoicas: la comprensión cognitiva de la situación del paciente, el juicio de realidad, que pueda ir haciendo relaciones causa-efecto, que pueda tener noción del tiempo, del transcurrir secuencial. Para el proceso emocional de apoyo la teoría de relaciones objetales representa un respaldo importante: es común que las pulsiones destructivas del paciente no dejen en su mundo interno "títere con cabeza". Eso significa profundos sentimientos de vacío, de sin sentido, depresión e ideación suicida. Son momentos de emergencia en que intentamos por una parte reconstruir un vínculo significativo con el terapeuta, corrigiendo las distorsiones de la transferencia negativa, y por otro rescatar, salvar otros objetos internos del pasado o extratransferenciales. Cuando esto se logra, sorprende cómo el paciente empieza a tranquilizar su rabia a ojos vista, así como la angustia y la ideación suicida. Esto con la salvedad de la fragilidad del proceso que muchas veces queda borrado al poco tiempo de haberse instalado. Este fenómeno observado correspondería a la acción curativa de la instalación de objetos buenos dentro del mundo interno del paciente.

El proceso se dará aquí en términos de una relación terapéutica en evolución y movimiento. La transferencia y la contratransferencia serán utilizadas estratégicamente para planificar las intervenciones, nunca para interpretarlas. No se crece a través del *insight*, del autoconocimiento, sino a través de la experiencia emocional dada por la técnica de apoyo sistemática del terapeuta. Ya que muchas veces en la técnica de apoyo se trata de reforzar defensas, es coherente con la teoría de la técnica que los pacientes no se hagan nunca conscientes de sus conflictos ni de cómo se produjo el cambio.

Dependiendo de los autores algunos enfatizan el apoyo a las funciones yoicas, otros a la autoestima y otros a las defensas adaptativas.

Así como en las terapias expresivas esperamos que el paciente colonice aspectos no conscientes de su devenir, haciendo consciente lo inconsciente, e integrando aspectos de su ser escindidos y proyectados, con un

aumento de su autoconocimiento, en la psicoterapia psicoanalítica de apoyo esperamos que el paciente pueda instalar relaciones objetales protectoras dentro de su mundo interno con una mejoría en sus funciones cognitivas a través de un mejor funcionamiento yoico.

El proceso entendido como experiencia emocional correctora no es el único que se ha explorado. Nosotros también tomamos en cuenta las indicaciones de Luborsky (1984) y Rockland (1989), que enfatizan el reforzamiento de defensas adaptativas y el fortalecimiento de la alianza terapéutica.

Tal como lo exponemos en otra parte (De la Parra, 2000), respecto al reforzamiento de defensas, se puede establecer que cuando la decisión estratégica es no analizarlas para no provocar su debilitamiento y un colapso en un paciente muy frágil, las técnicas de apoyo toman en cuenta el conocimiento de estas defensas, cómo se presentan en la transferencia y se interviene según ese conocimiento. Es así que en un paciente cuyas defensas omnipotentes lo están llevando a una situación de riesgo personal, no será la autoestima la que se debe reforzar, se podrá hacer uso de la idealización del terapeuta y se apoyará el juicio de realidad, a modo de un yo auxiliar para protegerlo. Rockland (1989) plantea técnicas que llevan tanto a reforzar defensas como a apoyar la autoestima. Entre las estrategias generales recomienda: 1. gratificar selectivamente derivados de impulsos (opinar, responder preguntas, aceptación dosificada de llamadas telefónicas, etc.); 2. apoyar, reforzar y estimular algunas defensas adaptativas (intelectualización, proyecciones benignas: "esto que le ocurre tiene que ver con el maltrato recibido", etc.); 3. desincentivar defensas maladaptativas, especialmente la conducta motivada por estas defensas, como por ejemplo defensas omnipotentes; 4. promover identificaciones tanto conscientes como inconscientes con el terapeuta, con el objetivo de modificar funciones yoicas y superyoicas ("entiendo que le cueste poner límites a su hija pero fíjese que a pesar que le resulta molesto y frustrante que yo termine la hora a los 45 minutos Ud. lo puede tolerar y no ocurre ninguna catástrofe, quizás su hija también lo puede tolerar"); 5. intervenir en el ambiente para disminuir presiones externas; 6. estimular las fortalezas y sublimaciones del paciente.⁵

⁵ Rockland plantea más específicamente una enumeración de técnicas según el nivel de entrenamiento en psicoterapias dinámicas del terapeuta. En un primer grupo de técnicas donde "es deseable pero no imprescindible" una formación psicodinámica, recomienda: 1. Mantener una transferencia positiva mediante una relación real y gratificaciones parciales del paciente; 2. Tranquilizar y mantener una actitud esperanzada realista; 3. Aceptar abreacción sin analizarla; 4. Realizar intervenciones ambientales con el paciente, familiares y otros; 5. Ayudar al paciente a tener una perspectiva más objetiva de su situación vital; 6. Realizar clarificaciones a nivel consciente y preconscious que aumenten el "insight" o el nivel de comprensión sobre pensamientos, afectos y conductas (explicaciones que le permitan, por ejemplo, entender por qué el paciente sintió lo que sintió); 7. Hacer

Respecto al fortalecimiento de la alianza terapéutica, Luborsky (1984) es el que más reafirma esta perspectiva. Entre las recomendaciones del autor están el transmitir una actitud realista esperanzada; apoyar explícitamente las metas del paciente, reconocer manifiestamente, en ocasiones apropiadas, que el paciente ha hecho progresos para alcanzar las metas, establecer hitos; utilizar la alianza “nosotros”; referirse a experiencias que paciente y terapeuta hayan compartido, etcétera.

Es obvio que esta división sobre qué es lo que se apoya tiene sólo fines docentes ya que a la larga resulta algo artificiosa. Está claro que en este contexto un vínculo firme es condición *sine qua non* para el desarrollo de un proceso curativo de cualquier naturaleza. Sólo en ese clima emocional pueden ser recibidas las interpretaciones, y a eso apuntan en general todas las intervenciones de apoyo.

Se indicará una psicoterapia con énfasis de apoyo a pacientes caracterizados por debilidad crónica del yo, a personas con yo fuerte pero en situación de crisis, o a pacientes con baja tolerancia a la angustia, falta de capacidad introspectiva de auto-observación y pensamiento psicológico, baja tolerancia a la frustración, prueba de realidad pobre, historia de relaciones objetales pobres y malas relaciones interpersonales actuales, bajo control de impulsos, dificultad para establecer una buena alianza terapéutica, daño cerebro-orgánico o bajo nivel de inteligencia.

El siguiente caso clínico ilustra un proceso de psicoterapia de apoyo:

Leticia está en la mitad de la década de los 40, es profesora de Educación Media. Soltera, vive sola a pesar que mantiene una relación simbiótica con el padre, quien vive al frente y atraviesa muchas veces al día para suministrarle sus medicamentos o resolverle el más mínimo detalle doméstico: “cuando muera mi padre me mataré para irme a la tumba con él, tengo una relación enfermiza con mi papito”. En el momento de consultar su psiquiatra éste la mantiene con 5 medicamentos diferentes, entre antidepresivos, neurolépticos y estabilizadores del ánimo. Ha estado hospitalizada por lo menos 6 veces recibiendo incluso tratamiento electroconvulsivante. Relata estar hace 11 años con una angustia permanente que no ha cedido a ninguno de estos procedimientos. Ubica el comienzo de la angustia con una ruptura sentimental, situación que relata no haber podido superar a la fecha. Refiere pasar por periodos de desánimo en que no puede levantarse ni cuidar de su aseo personal. Presenta síntomas obsesivos y compulsivos importantes, distingue crisis de angustia y de pánico. Padece periodos de bulimia y de anorexia con importantes fluctuaciones en el peso. Es impulsiva, no tolera frustrarse, a veces rabiosa llegando a la agitación psicomotora que ha obligado a consultas de urgencia. Fluctúa entre sentimientos de total minusvalía y grandiosidad. Ha sido muy inestable en su trabajo, con reiteradas licencias, e inestable en sus relaciones sentimentales. Si bien el padre ha dedicado su vida a cuidarla, tiene con ella una relación fría y formal. La madre, fallecida, por el relato se deduce que era una mujer de personalidad infantil, muy violenta e impredecible que golpeaba y maltrataba a sus hijos.

confrontaciones, por ejemplo, de contradicciones que pueden tener consecuencias maladaptativas; 8. Educar, dar consejos y sugerir; animar, estimular, premiar; 9. Establecer límites claros y prohibiciones; 10. Enfatizar fortalezas y talentos; 11. Estimular sublimaciones; 12. Utilizar tratamientos somáticos sin analizar el significado inconsciente; 13. Estimular la ligazón “nosotros” (para reforzar la alianza terapéutica). Rockland plantea un segundo grupo de recomendaciones “donde es imprescindible una formación y competencia psicodinámica”: 1. Reforzar mecanismos de defensa de “nivel alto”, más adaptativos (por ejemplo intelectualización); 2. Desincentivar mecanismos de defensa primitivos (negación, proyección, identificación proyectiva, desvalorización, etc.); desincentivar la conducta resultante y no necesariamente la defensa per se (por ejemplo las conductas autodestructivas de no cuidar la propia salud, más bien que las fantasías omnipotentes); 3. Aportar con “interpretaciones inexactas” con el fin de inducir desplazamientos (lejos del foco más patógeno del conflicto). Promover proyecciones e introyecciones “benignas” como identificarse con el terapeuta; 4. Manejar la transferencia. Si aparece transferencia negativa: a) intervenir rápidamente; b) llamar la atención sobre la discrepancia entre los sentimientos negativos hacia el terapeuta y la realidad de la relación de trabajo (“Ud. está tan enojado conmigo olvidándose que lo que nos reúne es intentar ayudarlo para que esté mejor”); c) llevarlo a la situación extratransferencial (fijese que lo que alega en mi contra es lo mismo que reclama contra su jefe, creo que yo estoy pagando los platos rotos); juzgar sus reacciones como “normales”; 5. Utilizar la transferencia inconsciente y los rasgos de personalidad para determinar el estilo de intervención (una paciente infantil que se victimiza: “Ud. lo que necesita de verdad es un descanso”); 6. Confinar sus intervenciones al material consciente y preconscious.

Estas recomendaciones aparecen a ratos como gruesas y casi grotescas. Recordemos que estamos en el polo de apoyo del continuo. Aquí se deja incluso de lado el valor de verdad que pueden tener nuestras intervenciones. Se trata de pacientes muy frágiles y demandantes, donde cualquier otro tipo de intervención puede resultar contraproducente.

En el diálogo con la paciente llama la atención la ausencia importante de funciones yoicas que permitan no sólo ubicarse respecto a sus objetos sino la incapacidad de la paciente de ubicarse en secuencias temporales. Es incapaz de decir si su madre murió hace 6 meses o 5 años, a qué edad murió, cuándo fue que la paciente vivió en Europa con una pareja, cuándo terminó su postgrado, etc. Ha presentado tres intentos de suicidio, y por periodos piensa reiteradamente en suicidarse para sacarse la angustia.

Las primeras sesiones se dedican a establecer el encuadre, a indicarle qué se espera de ella en la terapia y cuál será mi rol. En los contenidos nos dedicamos a revisar y ubicar temporalmente la relación sentimental que habría desencadenado el cuadro angustioso, y establecer algunos paralelos entre esa relación y la relación con el padre. La paciente visita puntualmente a su ex novio, luego empieza a mostrar paulatinamente alivio a su angustia. Empieza a analizar espontáneamente por qué se enganchó con esa persona y a revisar sus últimas relaciones y sus características. Después de la muerte de la madre se peleó con la hermana y no ha vuelto a ver a sus sobrinos, a quienes dice echar de menos; empiezo a estimularla a que los vea y mostrarle el valor curativo de esos vínculos. La paciente empieza a hacerse consciente de lo vacío de su vida, "me doy cuenta que estoy sola, he vivido la vida sin proyecto de nada, sin propósito". Empieza a aparecer un hambre de objeto que es mostrada en las sesiones y estimulada, ayudándola a rescatar antiguas amistades. Comienza a llegar sola a consultar. Relata la contradicción de sentir la necesidad de volver a trabajar y la angustia que ese tipo de compromiso le produce.

Le comienza a preocupar su aspecto físico: "como estoy mejor caché que estoy gorda... estoy teniendo una rutina cotidiana, por eso estoy durmiendo mejor... me he empezado a dar cuenta cómo me he castigado... me he dado cuenta que tengo una conducta infantil: soy taimada, rabiosa, gritona, egoísta...". La paciente siguió evolucionando favorablemente, llegando a retomar su actividad laboral por algunos meses. Se la ha estimulado a retomar relaciones y restablecer vínculos y así objetos internos con función curativa. De sesiones evacuativas pasa a "ver" al terapeuta mostrando sentimientos de "vergüenza por lo que dije". El estimularla a pensar mostrándole relaciones causa-efecto, relaciones temporales "esto pasó antes y esto después" ha permitido poner en operación funciones yoicas que a la larga permitieron que la paciente retomara su rol de "capitán en la cabina de mando de su mente". Esto ilustra el tratamiento que

proponemos en estas dos bases: el restablecimiento y rescate de las relaciones objetales y la ayuda a poner en marcha funciones yoicas, todo dentro de una relación terapéutica alejada de la neutralidad. Si bien Leticia ha tenido diez meses de bienestar, en el último tiempo ha presentado importantes recaídas donde el recordar los hitos de la terapia y lo alcanzado juntos se ha utilizado como medio de intentar recuperarla de los huracanes regresivos.

INVESTIGACIÓN

Nuestras primeras aproximaciones desde la perspectiva de la observación sistemática consistió en evaluar las atenciones midiendo los índices de adherencia al tratamiento (De la Parra, Isla, Araos, 1989, véase más arriba). Luego, con el objetivo de mejorar los niveles de atención psicoterapéutica en el consultorio externo del Hospital Psiquiátrico, decidimos evaluar el manual de Strupp y Binder (1984) de psicoterapia dinámica de tiempo limitado en cuanto a su capacidad de entrenar a terapeutas inexpertos, midiendo además el efecto de estas terapias sobre los pacientes. El programa de entrenamiento consistió en a) un año de "pre-entrenamiento" en las bases de la terapia psicodinámica; b) 8 seminarios teóricos de lectura y discusión del manual incluyendo la observación de sesiones de videos; c) supervisión en grupos grande y pequeños; d) observación y monitoreo de la psicoterapia sesión a sesión por otro terapeuta inexperto. Se evaluaron las características del paciente y del terapeuta y los resultados de las psicoterapias utilizando los instrumentos contenidos en el "Proyecto multicéntrico de Terapias Largas" de Howard *et al.* (1991). La adherencia al manual se evaluó mediante la Escala de Estrategias Terapéuticas Vanderbilt y la Escala de Indicadores Negativos Vanderbilt. Se utilizó además un análisis naturalístico cualitativo (Lincoln y Guba, 1985). Solamente 1/3 de los 27 pacientes a los que se les indicó esta terapia terminaron su proceso (20 a 25 sesiones). Estos 9 pacientes mostraron mejoría significativa según los diversos instrumentos (escalas de angustia, de depresión, niveles de funcionamiento). Las escalas de adherencia de Vanderbilt como las escalas de los supervisores de Howard *et al.* no evidenciaron que los terapeutas hubiesen incorporado las estrategias específicas del manual. Sin embargo estas mismas escalas de supervisores y el análisis cualitativo de Lincoln y Guba mostraron un proceso de aprendizaje, probablemente de elementos inespecíficos que permitieron la mejoría de los pacientes (véase De la Parra, Isla, 2000). De ahí también nuestro interés en los aspectos inespecíficos

en psicoterapias y sus consecuencias en implementar técnicas de apoyo.⁶

En los últimos años nuestra atención se ha dirigido a contar con instrumentos que midan resultados psicoterapéuticos en cualquier contexto para luego poder triangular esos resultados con aspectos del proceso, ya sea a nivel clínico individual (De la Parra, Von Bergen, 2000) como con índices cualitativos de cambio terapéutico.

El instrumento elegido por nosotros fue la escala de autoevaluación para pacientes, OQ- 45.2 desarrollado en Estado Unidos por Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi, y Burlingame (1996), que mide resultados psicoterapéuticos en el área de síntomas, relaciones interpersonales y rol social (rendimiento laboral y capacidad de disfrutar). Procedimos a su adaptación, validación y estandarización en nuestro medio al aplicarlo a una muestra total de 441 individuos (239 pacientes y 202 sujetos control). Con este estudio calculamos puntajes de corte que separan población funcional de disfuncional e índice de cambio confiable que evalúa cambio significativo para pacientes en terapia (véase De la Parra, Von Bergen, 2000 y De la Parra, Von Bergen, Del Río 2002). Es así que contamos con un instrumento validado que está a disposición del resto de los colegas latinoamericanos.

Actualmente estamos participando en un proyecto en conjunto con la investigadora Mariane Krause, que tiene como objetivos: mediante la metodología cualitativa de Strauss y Corbin (1990) detectar episodios e indicadores de cambio terapéutico intrasesión durante procesos terapéuticos de distintas orientaciones; asociar esos indicadores de cambio con componentes y condiciones contextuales (extrasesión, intrasesión, intervenciones del terapeuta) relevantes para favorecer el cambio y monitorear este proceso mediante el OQ evaluando si estos cambios se asocian a diferencias estadísticamente significativas en este instrumento.

Han pasado alrededor de 17 años desde que fundamos las primeras unidades de psicoterapia breve en Santiago de Chile intentando, bajo el ejemplo de las experiencias europeas, especialmente en Ulm, llevar a los hospitales públicos un psicoanálisis aplicado sentando además las bases para permitir la investigación empírica. Hoy en día existen cuatro unidades que

cumplen con características similares, tres de las cuales fueron organizadas por nosotros. La investigación se ha expandido también a las escuelas de psicología de las universidades tradicionales y privadas donde mediante programas de magister y doctorado la investigación está teniendo cada vez un mayor desarrollo. Estas escuelas también se están preocupando de ofrecer ayuda terapéutica a diferentes estratos sociales. Otro tanto está haciendo el Ministerio de Salud chileno que por primera vez está contemplando incluir la psicoterapia como prestación obligatoria en caso de depresiones.

La psicoterapia científicamente informada está encontrando lentamente su espacio en el medio chileno. Confiamos en que los nuevos desarrollos nos llevarán a una práctica cada vez más efectiva aplicable a estratos progresivamente más vastos de nuestra población.

REFERENCIAS

1. Balint M, Balint E. *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. Tavistock Publications, London, 1961
2. Bleger J. La entrevista psicológica: su empleo en el diagnóstico y la investigación. En *Temas de psicología. Entrevistas y grupos*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971
3. De Jonghe F, Rijnierse P, Janssen R. Psychoanalytic Supportive Psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1994; 42(2): 421- 445
4. De la Parra G. Psicoterapia Dinámica en Psiquiatría: El continuo Expresivo-de Apoyo. En Heerlein A. *Psiquiatría Clínica*. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile, 2000, pp. 647-657
5. De la Parra G, Isla R, Araos F. La Unidad de Psicoterapia Breve del Hospital Psiquiátrico. *Revista de Psiquiatría* 1989; 6: 219-228
6. De la Parra G, Isla R. The experience of Training Novel Therapists with a Dynamic Psychotherapy Manual: What do they really learn? En Hagelin A. *Recopilación de los trabajos presentados a la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación en Psicoanálisis Latin American Research Committee, International Psychoanalytic Association*. Editorial Sinopsis, Buenos Aires, 2000, pp. 326-340
7. De la Parra G, Von Bergen A. El Instrumento OQ-45 que mide Resultados Terapéuticos como Herramienta en la Investigación Psicoanalítica. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 2000; 17(2): 143-156
8. De la Parra G, Von Bergen A, Del Río M. Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2002; 40(3): 201-209
9. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition*. (2ª ed.). American Psychiatric Press, Washington, 1994
10. Henry W. Science, Politics, and the Politics of Science: the Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research* 1998; 8(2): 126-140
11. Howard K, Davidson CH, O'Mahoney M, Orlinsky D. *The Research Project in Long Term Psychotherapy: Patients, Processes and Outcomes*. Northwestern University. Northwestern Memorial Hospital's Institute of Psychiatry, Evanston (Chicago), 1991
12. Kächele H, Kordy H. Indicación como proceso de decisión. *Actualidad Psicológica* 2000; 24(278): 11-17

⁶ Paralelamente en la Unidad de Psicoterapia del Instituto Psiquiátrico se ha seguido una línea de investigación cualitativa en el proceso de supervisión, dirigida por el Dr. Rogelio Isla. Otros miembros del grupo han investigado con escalas de alianza terapéutica.

13. Kernberg O. Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2000; 64(2): 336- 352
14. Jacobson G. Crisis-oriented Therapy. *Psychiatric Clinics of North America* 1979; 2: 39-54
15. Lambert MJ, Hansen NB, Umphress V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM. *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services LLC, Delaware, 1996
16. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, United Kingdom, New Delhi, 1985
17. Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic psychotherapy: a Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Basic Books, New York, 1984
18. Malan D. *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica* (Traductor: Etcheverry, J.L.). Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983
19. Rockland LH. Psychoanalytically Oriented Supportive Therapy: Literature Review and Techniques. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 1989; 17: 451-462
20. Sánchez-Barranco A, Sánchez-Barranco P. Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2001; 21(78): 7-25
21. Sandler J, Dare C, Holder A. *El Paciente y el Analista: Las Bases del Proceso Psicoanalítico*. (2ª ed.) (Traductor: Wolfson, L.). Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993
22. Sifneos P. Brief Psychotherapy and Crisis Intervention. En: Freedman A, Kaplan H, Sadok B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980, pp. 2247-2256
23. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research*. Sage Publications, United Kingdom, New Delhi, 1998
24. Strupp HH, Binder J. *Psychotherapy in a New Key: a Guide to Time-limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books, New York, 1984
25. Thomä H, Kächele H. La primera entrevista y la presencia virtual de terceros ausentes. En *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Tomo I: Fundamentos. Herder, Barcelona, 1989, pp. 203-229
26. Wallerstein R. *Forty-two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. The Guilford Press, New York, 1986

ENSAYO

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: APUNTES PARA UNA CONCEPTUALIZACIÓN

(Rev GU 2005; 1; 3: 307-312)

Carlos Madariaga¹

Se analizan las bases en las que se apoya el viraje epistemológico que se registra en el campo de la psiquiatría y la salud mental en el mundo moderno a partir de las primeras manifestaciones de la reforma psiquiátrica en Europa, a mediados del siglo XX. Se propone entender el periodo actual del desarrollo de esta nueva perspectiva como un proceso transicional, heterogéneo y multiforme en el cual todavía persisten importantes búsquedas, tanto en el campo teórico-metodológico como en las propias prácticas. Aportamos algunos apuntes para la construcción de una perspectiva comunitaria basados en la rica experiencia surgida en algunos países y regiones de América Latina, y en el trabajo realizado durante doce años desde un servicio de psiquiatría inserto en un hospital general, en la ciudad de Iquique.

LA PSIQUIATRÍA EN EL MUNDO MODERNO

Los extraordinarios cambios finiseculares ocurridos en la sociedad humana –tanto los ligados al progreso de la humanidad (el avance científico-tecnológico y la expansión del saber en todas sus formas) como aquellos otros de tipo contravalóricos y deteriorantes de las condiciones y calidad de vida de las personas, que amenazan, paradójicamente, dicho progreso– han producido rotundas modificaciones en el proceso salud-enfermedad y en la construcción de subjetividad en el mundo social que ya ha iniciado el periplo del tercer milenio. Las ciencias médicas y, en particular, la psiquiatría, han estado obligadas a iniciar profundos

cuestionamientos respecto de sus métodos de análisis de las problemáticas de salud que esta nueva realidad social ha generado. La irrupción de nuevas enfermedades; el carácter multiaxial y cada vez más complejo que adquiere la causalidad de las entidades mórbidas; los nexos de determinación que establecen con las realidades contextuales; el impacto sobre lo anterior de las desigualdades e inequidades que generan, sobre todo en el tercer mundo, las propuestas globalizantes de orientación neoliberal, han exigido de la medicina moderna una revisión profunda de sus modelos interpretativos de la salud y la enfermedad, pero también –y esto es lo determinante– de sus prácticas y modos de intervención (1).

¹ Médico Psiquiatra, Jefe Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. E. Torres, Iquique.

La Psiquiatría, una de las más nuevas disciplinas de la Medicina, ha fundado su quehacer en una perspectiva asistencialista; desde el modelo biomédico ha abordado en forma inevitablemente reduccionista el problema de la enfermedad mental, centrado en causalidades lineales, ejes sintomáticos y esquemas de tratamiento biológico y/o psicológico individual de los procesos mórbidos. El esfuerzo ha estado dirigido unilateral y restrictivamente a la cura de la enfermedad mental del sujeto concreto, es la fase de la psiquiatría clínica clásica inserta en la praxis de la clínica médica. Desde esta perspectiva es que surge la llamada "ideología médica", cosmovisión hegemónica a partir del saber-poder del médico, quien impone una cierta forma de ejercicio de la práctica en salud, que ordena políticas, metodologías de acción, técnicas, organiza los recursos humanos y establece objetivos sanitarios. La psiquiatría institucional en la gran mayoría de los países ha estado dominada por este modelo. La cuestión es que tales prácticas psiquiátricas no son hoy capaces de absorber los cambios sociales ya mencionados; por esta razón es que se asume que la psiquiatría se encuentra objetivamente en situación de crisis: está obligada a producir cambios, a explorar nuevos paradigmas para los nuevos tiempos.

LA CRISIS DE LA PSIQUIATRÍA

La Psiquiatría, mucho más que otras disciplinas médicas, se halla fuertemente impactada por lo social; esta aseveración se funda en argumentos que van desde los más sociológicos y antropológicos (ligados a la comprensión de la locura en la sociedad y cultura humanas) hasta los psicobiológicos e inclusive ontológicos (que hacen a la esencia del psiquismo individual y social). La transformación de la sociedad actual, de suyo compleja y controversial (hoy los debates sociales apuntan a cuestiones tan radicales como: ¿vivimos una época de cambios o un cambio de época?, ¿seguimos siendo modernos o ya hemos sido cooptados por una posmodernidad que aún nadie logra consensuar?), ha introducido en el campo de la psiquiatría nuevos escenarios en el que cursan las relaciones sociales e intersubjetivas: se hacen presentes con más vigor que nunca las necesidades sentidas de la población, a veces consciente y organizadamente, interpellando a las estructuras sociales, demandando satisfacciones materiales y espirituales, otras veces mediatizadas por los emergentes psicosociales (fenómenos anómicos, violencias, adicciones, etc.) y los nuevos estilos de afrontamiento del drama social, en muchas ocasiones intuitivos y primitivos, estériles e ineficaces (2). Lo importante es que emerge con fuerza un nuevo actor social, la comunidad, que reclama su de-

recho a integrarse a plenitud, como sujeto-objeto de las nuevas estrategias de acción en el campo de la salud y la salud mental (3).

Esta crisis de la Psiquiatría se evidencia, en lo sustantivo, en dos campos disciplinarios. El primero de ellos se relaciona con el ilimitado avance de la ciencia y la tecnología, especialmente en el campo de la biología, lo que ha permitido un intenso desarrollo de las neurociencias y ha agregado conocimientos nuevos trascendentales en relación con la biología del psiquismo humano. La neurobioquímica, la neuropsicoendocrinología, la genética, las nuevas tecnologías para el estudio estructural y funcional del cerebro, etc., están perfeccionando nuestro conocimiento de la biología de la especie humana de forma tal, que se nos facilita el conocimiento del funcionamiento normal y patológico del psiquismo y las posibilidades de intervenir desde lo biológico en esas perturbaciones. El segundo se relaciona con la irrupción plena de las ciencias sociales en el campo de la locura y el comportamiento humano normal. Esta incorporación de disciplinas humanistas nos ensancha la perspectiva epistemológica que conecta lo biológico con lo social en la persona humana.

La irrupción del modelo biopsicosocial aparece como un primer esfuerzo de superación de la crisis al intentar completar la visión de la persona humana y de su sujeto "crítico", el enfermo mental (4). Este enfoque contempla el reconocimiento de la condición biológica del sujeto, los fundamentos que desde el cuerpo físico del individuo dan oportunidad a la materialización del psiquismo; de igual forma, rescata la singularidad y unicidad de sus procesos psicológicos que hacen de este individuo un sujeto particular, igual sólo a sí mismo. Lo extraordinariamente nuevo es el rescate de la condición del individuo como sujeto social, definido históricamente por las relaciones que establece con el mundo humano al que pertenece, influido en su desarrollo psíquico por el patrimonio cultural acumulado por la sociedad humana, de forma tal que en su singularidad da cuenta aproximada de ese mundo al que pertenece y con el que interactúa permanentemente en un proceso de transformación mutua. Tanto lo biológico como lo psicológico y lo social configuran en su indivisibilidad, integración e interdependencia el ser personal del individuo, su estatus humano en tanto ser social y lo hacen parte activa de la sociedad, actor de los procesos sociales (5). Esta diada sujeto individual –sujeto social, enmarcada en un *continuum* que se inicia en fenómenos biológicos y se realiza en última instancia en fenómenos sociales, abre una perspectiva nueva a la lectura de los procesos normales y mórbidos del psiquismo humano: introduce nuevas teorías expli-

cativas de los mismos; incorpora nuevos actores en el saber-actuar en salud y salud mental; agrega nuevas metodologías de tratamiento, incluidas las no convencionales; resalta la trascendencia de los programas de prevención y promoción de la salud; descubre los factores de riesgo, etc.

Esta conexión del psiquismo con lo social está también en la base de un tercer modelo, el modelo salubrista en psiquiatría. Aparece la preocupación por la enfermedad no como estado específico de un sujeto sino como un proceso que afecta a grandes grupos humanos, mejor descrito ahora como proceso salud-enfermedad, es decir, como perfiles de comportamiento mórbido de las sociedades humanas, con sus ciclos cambiantes, sus factores predisponentes y protectores, en relación con las condiciones concretas de existencia y la calidad de vida que ellas permiten, con sus patrones de salud y enfermedad asimilados a perfiles de clase social, sus vinculaciones con factores culturales, étnicos, de género, etc. La epidemiología psiquiátrica aporta valiosa información científica en este campo. Junto a ello emergen las problemáticas de gestión y administración en salud, las políticas públicas, las modalidades de acción del sector privado, disciplinas y experticias desde el campo de la administración y la economía en salud, etc., que contribuyen a posicionar el modelo en la disciplina de la Salud Pública.

MOMENTO DE SÍNTESIS

Estos dos nuevos modelos son el punto de arranque y sustento de la psiquiatría social y comunitaria. Vivimos un periodo de importantes búsquedas, tanto en la teoría como en el hacer, en la perspectiva de materializar este cambio epistémico. Múltiples experiencias de trabajo en el mundo entero dan cuenta de este caminar desde el modelo clínico hacia otro basado en la comunidad. Alma Ata abrió un camino el año 1978; Caracas el año 1990 lo transformó en mandato específico en el ámbito de la salud mental para América Latina al establecer la estrategia fundamental de este proceso: centrar los esfuerzos en la atención primaria y desde una perspectiva comunitaria. Se trata de consolidar un nuevo paradigma para la psiquiatría del siglo XXI, de un salto cualitativo. Diversos autores coinciden en la necesidad de construir teorías y prácticas con base en la superación definitiva del modelo médico convencional y en la conjunción de aportes tanto del modelo biopsicosocial como el salubrista. La psiquiatría comunitaria puede ser el instrumento de co-construcción de experiencias colectivas de trabajo en salud mental que posibilite este encuentro como eficiente y eficaz dispo-

sitivo social para el mejoramiento de la salud mental de las personas.

Estamos en una fase transicional orientada hacia un necesario decantamiento teórico respecto de la categorización y definición de estas nuevas disciplinas. Al momento actual existen planteamientos muy heterogéneos respecto tanto de la psiquiatría social como de la comunitaria; intervienen en esta diversidad de opciones las perspectivas de escuelas psiquiátricas y psicológicas, opciones político-ideológicas y –lo más determinante– las prácticas concretas a partir de las que se elaboran los supuestos teóricos. En un extremo hay propuestas que posicionan a la psiquiatría social como un mero marco teórico referencial para la interpretación de la enfermedad mental, y a la psiquiatría comunitaria como una subespecialidad de la psiquiatría destinada a atender los problemas de salud mental existentes en la comunidad, con metodologías y técnicas específicas. En otro extremo están aquellas otras que otorgan a la primera un rol general como perspectiva global, con fundamentos epistemológicos propios, objeto de estudio, metodologías particulares de investigación y acción asimilándola a una ciencia particular específica y a la segunda como su praxis.

Nos parece que la discusión no acabará en lo inmediato y que, a pesar de la diversidad de perspectivas, es posible reconocer un hilo conductor que puede ser el fundamento primigenio de un futuro encuadre teórico común. Por de pronto, las nuevas perspectivas están llamadas a superar todo tipo de reduccionismos, tanto biologicistas como sociologicistas. El camino de esta superación está dado por la integración permanente, tanto en la reflexión teórica pura como en las prácticas sociales, de la tríada biopsicosocial y por el respeto a la especificidad de los fenómenos humanos que se inscriben en cada uno de esos tres niveles, ya que no se rigen exactamente por las mismas leyes. Se han producido ciertas lecturas de la psiquiatría social y comunitaria que han descuidado este aspecto y han tendido a desconocer el importante rol que juega la psiquiatría clínica y su análisis de la enfermedad mental en el sujeto concreto. Al respecto, Levav advierte de este riesgo aun cuando destaca que la perspectiva clínica inevitablemente sufre importantes modificaciones influida por el modelo comunitario (6). El enfoque comunitario en salud mental y psiquiatría lo que hace es integrar, incluir y amplificar la perspectiva clínica, dándole una dimensión y proyección nueva, que no tenía cuando operaba en los marcos del modelo médico convencional. El autor señala ciertas características comunes a ambas perspectivas: un prisma epidemiológico para el análisis del problema de salud y una responsabili-

dad social compartida, la comunidad, de manera que el trabajador en salud mental está obligado a satisfacer las necesidades de salud explícitas o implícitas de la población en los diferentes niveles de atención, y en la promoción y protección de la salud; las acciones en salud deben desarrollarse dentro y fuera del sistema de salud; ambos deben apropiarse de los nuevos roles sociales como agentes de salud, incluyendo los no tradicionales; ambos aceptan y promueven el rol activo de la comunidad organizada en los diversos niveles de decisión, administración, ejecución y monitoreo de los programas de salud. Desde la perspectiva del clínico, el modelo comunitario ensancha su perspectiva reflexiva respecto del padecimiento de su paciente y agranda el campo de acción interventivo y terapéutico con la inclusión de nuevos agentes, metodologías y técnicas en el proceso terapéutico; al mismo tiempo refuerza la calificación y experticia del especialista en su ámbito específico.

LA PERSPECTIVA COMUNITARIA EN PSIQUIATRÍA

La perspectiva comunitaria ha implicado una notable ampliación del campo de acción de la psiquiatría. Por una parte, centra su preocupación por el psiquismo del sujeto en su relación con el mundo social al que pertenece, lo cual implica incorporar como campo de estudio todos aquellos factores que en esa relación intervienen directa o indirectamente en sus procesos psíquicos; así, la preocupación por los factores protectores y de riesgo para su salud son incorporados como ámbito de estudio e intervención. Por otra parte, amplía su preocupación más allá de las enfermedades mentales propiamente tales, incorporando una preocupación creciente por la salud, lo que implica la promoción de todas aquellas condiciones que desde el mundo social del sujeto contribuyen a su protección (7). Al analizar los problemas mentales como proceso salud-enfermedad de grandes grupos humanos, tiene la posibilidad de aproximarse con más éxito al conocimiento de los condicionantes sociales de ese proceso y a formas diversificadas y comunitarias de intervención sobre estos condicionantes. Se desprende de lo anterior otra importante característica de la perspectiva comunitaria: la incorporación de agentes de salud surgidos desde la base social, diversos en su origen y posición, depositarios de formas populares y tradicionales de conocimiento, hábiles en ciertas prácticas beneficiosas para sus pares y validadas por ellos, lo cual promueve la necesidad de construir métodos de trabajo con el concurso dialógico de estas diversas cosmovisiones y con la participación real y comprometida de todos los actores. El enfoque comunitario

rompe el cerco estrecho que impone el modelo médico con su perspectiva daño-cura; junto con facilitar el ejercicio pleno de la clínica en el tratamiento eficiente de la enfermedad, se preocupa por el manejo de las secuelas y su rehabilitación con vistas a la reinserción sociofamiliar y laboral del sujeto, y a su integración social plena o normalización; así mismo, elabora estrategias de prevención de las enfermedades mentales y de promoción de la salud mental en el nivel comunitario.

Esta nueva perspectiva de la psiquiatría moderna consolida el posicionamiento de las prácticas comunitarias y sociales en el ámbito de las ciencias médicas y de la psiquiatría como rama de la medicina, y le otorga a la psiquiatría comunitaria una sólida identidad como parte integrante del campo científico. Este último se configura en el fructífero diálogo entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, de forma tal que los científicos de ambos territorios del saber académico tienen un amplio espacio profesional en esta especialidad de la psiquiatría.

ALGUNOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El problema teórico fundamental de la psiquiatría social y comunitaria es la interacción de lo biológico y lo social, tanto en el comportamiento psíquico normal como en el patológico. Se preocupa, por tanto, de la enfermedad mental y de la salud mental; hace suyos los actos de salud destinados a tratar y curar las enfermedades en el nivel individual, la rehabilitación de los sujetos afectados por secuelas de trastornos mentales, la prevención del trastorno, la promoción y fomento de la salud; interviene activamente en la prestación de servicios de salud mental, en la organización y gestión de los dispositivos sanitarios, en el diseño de planes, programas y políticas de salud mental. Como resultado de una praxis así definida, es posible reconocer en la psiquiatría comunitaria algunas características de tipo fundacionales, aceptadas por una importante cantidad de investigadores (8).

- Reconoce un papel importante de lo social en la producción de enfermedad mental y comportamientos perturbados. Este es, a juicio nuestro, el viraje epistemológico fundamental.
- Considera el impacto de lo social en la génesis e historia natural de las enfermedades mentales. Esta concepción permite entender por qué una misma enfermedad puede tener cursos evolutivos radicalmente diferentes en correspondencia con las condiciones de vida de quienes la padecen.

- Admite la posibilidad de intervenir en lo social desde la praxis psiquiátrica, hecho que posiciona al equipo de psiquiatría y a los agentes comunitarios –desde el propio usuario hasta la comunidad organizada– como colectivo humano solidario, en condiciones de actuar sobre sus propias circunstancias, modificándolas.
- Crea e incorpora servicios de salud mental alternativos a los tradicionales, desplaza y extingue aquellos que corresponden a la institución psiquiátrica ortodoxa, a la institución total.
- No se limita a la asistencia médica del daño individual, incorpora los aspectos preventivos, promocionales y de protección de la salud.
- Releva a un plano trascendental el tema de la intersubjetividad y las redes sociales en las que aquella se materializa (9).
- Es interdisciplinaria, dialoga con la psiquiatría clínica, transcultural, forense, con la epidemiología psiquiátrica, con la sociología, la psicología social y comunitaria, la antropología, las ciencias de administración en salud, la economía.

En concordancia con lo ya señalado, proponemos algunas premisas que pueden aportar a futuras definiciones de la psiquiatría comunitaria. Apoyamos estas propuestas en ideas extraídas de los aportes de Levav, Barrientos, Sarraceno y otros autores que comparten con los citados una perspectiva crítica de la psiquiatría tradicional y analizan desde una postura de problematización también crítica las realidades contextuales en las que se realiza la práctica psiquiátrica. También nos apoyamos en la pequeña experiencia desarrollada por nosotros en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. E. Torres G. de Iquique, desde el año 1993 a la fecha en el campo de la rehabilitación psiquiátrica.

1. Un enfoque social y comunitario de la psiquiatría debe orientar su estudio a la interrelación entre lo biológico y lo social, entendiendo esta díada como un par dialéctico mutuamente dependiente. El énfasis está puesto, sin embargo, en aquellos aspectos que desde lo social prefiguran, condicionan o determinan ciertos estados del psiquismo humano asimilables a procesos mórbidos y en aquellos otros aspectos que garantizan o fortalecen su salud mental.
2. De esta forma, su quehacer está orientado a indagar, en cada condición sociohistórica concreta, cómo se expresa lo social en las posibles causas de las enfermedades mentales, en su historia natural, en las formas que la sociedad se provee para sanarlas. Así mismo, explora el rol de lo social en la creación de condiciones favorables para la salud mental de las personas, identifica y analiza los factores protectores.
3. Para la intervención comunitaria se apoya en los más modernos conocimientos aportados por las ciencias y la tecnología, las que concurren al proceso en diálogo integrativo con otros campos del saber, especialmente el saber popular.
4. Junto con potenciar el éxito de la psiquiatría clínica en el campo de la atención individual del trastorno mental incorporándole la dimensión sociocomunitaria, se preocupa por la rehabilitación integral y la plena reinserción social de las personas discapacitadas, la prevención de enfermedades mentales y la promoción de la salud mental.
5. Sus metodologías y técnicas de intervención se dirigen al individuo, a las familias, a grupos humanos específicos y a la comunidad en general.
6. Se posiciona en un marco ético general con asiento en la doctrina de los derechos humanos. En cuanto derechos civiles y políticos, con vistas al ejercicio pleno de ciudadanía de parte del paciente psiquiátrico y a la batalla permanente contra toda forma de estigmatización y discriminación. En cuanto derechos económicos, sociales y culturales, con vistas a la satisfacción digna de sus necesidades fundamentales: salud, educación, trabajo, vivienda, justicia, cultura, etc.
7. Opera en su accionar cotidiano con el principio de interdisciplinarietà. De acuerdo con él se organiza el equipo de trabajo, garantizando un objetivo común compartido por todos los miembros, ya que así resguarda las metas y visiones generales de la organización sanitaria; protege la especificidad de los roles individuales de acuerdo a su formación profesional o experticia; flexibiliza las funciones haciendo intercambio de roles para tareas de exigencia común; junto a las jerarquías administrativas, admite otras, de tipo técnico, variables y rotativas de acuerdo a la especificidad y exigencia de la tarea concreta.
8. Promueve la intersectorialidad como requisito permanente tanto en el diseño de sus programas como en el desarrollo de sus acciones. Más allá de esfuerzos de coordinación con otros sectores del Estado y la sociedad civil, su objetivo es lograr la integración de esfuerzos, con respaldo en cuerpos de ley, políticas sociales formales, programas específicos de colaboración, con recursos financieros adecuados.

Incluye una preocupación central por los sistemas de salud, la gestión de los mismos, la elaboración de políticas, planes y programas de salud mental, sean éstos de carácter nacional, regional o local; promueve la participación comunitaria en ellos, en la evaluación de procesos y resultados, en el monitoreo de programas de intervención

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Francia, 2001
2. Galende E. *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990
3. García J, Espino A, Lara L. *La Psiquiatría en la España de fin de Siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Ed. Díaz de Santos, S.A., Madrid, 1998
4. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad*. Santiago, Chile, Enero 2000
5. Desviat M. *La Reforma Psiquiátrica*. DOR.SI. Ediciones, Madrid, 1994
6. Organización Panamericana de la Salud. *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. En: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N°19. Oficina Sanitaria, Oficina Regional de la OMS. Washington, DC, EE.UU., 1992
7. Cohen H, Natella G. *Trabajar en Salud Mental: La Desmanicomización en Río Negro*. Textos compilados sobre trabajos monográficos. Ed. Lugar Editorial S.A., Buenos Aires, 1995
8. Sánchez, Martínez F, Barrientos G. *Psiquiatría Social y Comunitaria*. En: Biblioteca de Salud Mental. Ed. Buho, Santo Domingo, R.D., 2001
9. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. *Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación*. En: Serie MINSAL Normas Técnicas y Administrativas, División de Salud de las Personas, Depto. Programas de las Personas. Santiago, Chile, Abril 1999

GACETA UNIVERSITARIA
CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Si Ud. quiere seguir recibiendo y/o inscribir a otro Médico Psiquiatra o Becado de Psiquiatría a la "GACETA UNIVERSITARIA" por favor envíenos los siguientes datos:

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____
(donde desea le llegue la suscripción)

Comuna _____ **Ciudad** _____

Dirección consulta _____

e-mail _____ **C.I.** _____

Teléfonos consulta _____ **Celular** _____

Envíe este cupón a una de las siguientes opciones:

- **Consultoría y Capacitación Aconcagua Ltda.**
Pedro de Valdivia 3474 / 3-B
Ñuñoa - Santiago, Chile
- Fax: (56-2) 3411961
- E-mail: consultora@cycaconcagua.cl

GACETA UNIVERSITARIA
CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Si Ud. quiere seguir recibiendo y/o inscribir a otro Médico Psiquiatra o Becado de Psiquiatría a la "GACETA UNIVERSITARIA" por favor envíenos los siguientes datos:

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____
(donde desea le llegue la suscripción)

Comuna _____ **Ciudad** _____

Dirección consulta _____

e-mail _____ **C.I.** _____

Teléfonos consulta _____ **Celular** _____

Envíe este cupón a una de las siguientes opciones:

- **Consultoría y Capacitación Aconcagua Ltda.**
Pedro de Valdivia 3474 / 3-B
Ñuñoa - Santiago, Chile
- Fax: (56-2) 3411961
- E-mail: consultora@cycaconcagua.cl